



First Session  
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la  
trente-huitième législature, 2004-2005

## SENATE OF CANADA

## SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Social Affairs, Science and Technology

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président :*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, June 21, 2005

Le mardi 21 juin 2005

Issue No. 23

Fascicule n° 23

Thirty-fifth and thirty-sixth meetings on:  
Mental health and mental illness

Trente-cinquième et trente-sixième réunions concernant :  
La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS :  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*  
and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C.	Gill
(or Rompkey, P.C.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

\*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA  
TECHNOLOGIE

*Président* : L'honorable Michael Kirby

*Vice-président* : L'honorable Wilbert J. Keon  
et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P.	Gill
(ou Rompkey, C.P.)	Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

\*Membres d'office

(Quorum 4)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

MONTREAL, Tuesday, June 21, 2005  
(43)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:00 a.m., this day, in the Péribonka Room at the Fairmont Queen Elizabeth in Montreal, Quebec the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Gill, Keon, Pépin and Trenholme Counsell (5).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Senior Analyst, Political and Social Affairs Division, Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

### WITNESSES:

*McGill University:*

Dr. Norman Hoffman, Director, Student Mental Health Service.

*Institutes of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Douglas Research Centre:*

Dr. Rémi Quirion, Scientific Director.

*Home-Based Spiritual Care:*

Sister Mangalam Lena.

*As an individual:*

Michelle Dawson.

*Au coeur des familles agricoles:*

Maria Labrecque Duscheneau.

*L'Abri en Ville:*

Audrey Bean, Copresident.

Norman Hoffman and Rémi Quirion each made a statement and answered questions.

Sister Lena made a statement and answered questions.

At 10:56 a.m., the committee suspended its sitting.

At 11:05 a.m., the committee resumed its sitting.

Michelle Dawson, Maria Labrecque Duscheneau and Audrey Bean each made a statement. Together, the witnesses answered questions.

## PROCÈS-VERBAUX

MONTREAL, le mardi 21 juin 2005  
(43)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle Péribonka du Fairmont Queen Elizabeth à Montréal (Québec), sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (vice-président).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Gill, Keon, Pépin et Trenholme Counsell (5).

*Également présents :* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste principal, et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

### TÉMOINS :

*Université McGill :*

Le docteur Norman Hoffman, directeur, Services de santé mentale pour étudiants.

*Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas :*

Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique.

*Home-Based Spiritual Care :*

Sœur Mangalam Lena.

*À titre personnel :*

Michelle Dawson.

*Au coeur des familles agricoles :*

Maria Labrecque Duscheneau.

*L'Abri en Ville :*

Audrey Bean, coprésidente.

Norman Hoffman et Rémi Quirion font une déclaration et répondent aux questions.

Sœur Lena fait une déclaration et répond aux questions.

À 10 h 56, le comité suspend ses travaux.

À 11 h 5, le comité reprend ses travaux.

Michelle Dawson, Maria Labrecque Duscheneau et Audrey Bean font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.



At 12:04 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

MONTREAL, Tuesday, June 21, 2005  
(44)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:11 p.m., this day, in the Péribonka Room at the Fairmont Queen Elizabeth in Montreal, Quebec, the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Gill, Keon, Pépin and Trenholme Counsell (5).

*In attendance:* From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Analyst, Political and Social Affairs Division and Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

*Also present:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

*College of Family Physicians:*

Dr. Louise Nasmith, President Elect and Chair of the Board of Directors.

*University Health Network:*

Dr. Sidney Kennedy, Psychiatrist in Chief.

*Social Services Centre of Sept-Îles:*

Dr. Manon Charbonneau, Psychiatrist.

*First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission:*

Jules Picard, Social Services Coordinator;

Isabelle Wood, Social Crisis Issues Technical Coordinator.

*Assembly of First Nations:*

Dr. Valérie Gideon, Director of Health and Social Secretariat.

*Aboriginal Healing Foundation:*

Dr. Gail Valaskakis, Director of Research.

Louise Nasmith, Sidney Kennedy and Manon Charbonneau each made a statement. Together, the witnesses answered questions.

À 12 h 4, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

MONTREAL, le mardi 21 juin 2005  
(44)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 11, dans la salle Péribonka du Fairmont Queen Elizabeth, à Montréal (Québec), sous la présidence de l'honorable Wilbert J. Keon (vice-président).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Callbeck, Gill, Keon, Pépin et Trenholme Counsell (5).

*Également présents :* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste principal, et Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.)

TÉMOINS :

*Collège des médecins de famille :*

La docteure Louise Nasmith, présidente désignée et présidente du conseil d'administration.

*University Health Network :*

Le docteur Sidney Kennedy, psychiatre en chef.

*Centre des services sociaux de Sept-Îles :*

La docteure Manon Charbonneau, psychiatre.

*Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador :*

Jules Picard, coordonnateur des services sociaux;

Isabelle Wood, coordonnatrice technique sur les questions des crises sociales.

*Assemblée des Premières nations :*

La docteure Valérie Gideon, directrice, Services de santé et du développement social.

*Fondation autochtone de guérison :*

La docteure Gail Valaskakis, directrice de la recherche.

Louise Nasmith, Sidney Kennedy et Manon Charbonneau font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.



At 2:30 p.m., the committee suspended its sitting.

At 2:40 p.m., the committee resumed its sitting.

Valérie Gideon, Gail Valaskakis and Jules Picard each made a statement. Together, all witnesses answered questions.

At 4:10 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

À 14 h 30, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 40, le comité reprend ses travaux.

Valérie Gideon, Gail Valaskakis et Jules Picard font une déclaration et, ensemble, répondent aux questions.

À 16 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

*La greffière du comité,*

Josée Thérien

*Clerk of the Committee*



## EVIDENCE

MONTREAL, Tuesday, June 21, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Deputy Chair*) in the Chair.

[*Translation*]

**The Deputy Chair:** Good morning everyone, and welcome to Montreal.

[*English*]

We will begin this morning with Dr. Norman Hoffman, who is Director of Mental Health Services at McGill University. I think we may have all three presentations and then a question period, although if senators wish to ask a specific important question along the way, we can interrupt.

**Dr. Norman Hoffman, Director, Mental Health Services, McGill University:** I have been reading your report with great interest and I think that this study is a wonderful endeavour and a greatly needed one.

I have worked in the field of student mental health for the last 25 years, and I have also worked in the hospital system during that time. Over the last 20 years we have seen remarkable changes within the student mental health field. The demand for services has risen greatly across North America, and we are juggling to figure out both why the demand has increased so much, and what we can do about it.

The unfortunate aspect is that many services are way behind in being able to provide the kind of care that students need. The advantage we have is that all universities across Canada have the capability of providing full client-centred care. One thing has been interesting in watching the evolution of psychiatric care over the last number of years. We have been watching from the position of providing individualized client-centred care, while, from my observations of the hospital system and by speaking with colleagues who work with me, we have seen a growing gap between the kind of care that we are able to provide and the kind of care that is provided within the public system. That is a great concern.

This past year at our service, we treated close to 2,000 students. That amounts to about 8 per cent of the McGill student body. There has been some suggestion in the literature that the reason why student services have seen an increase in demand is because students are being treated earlier and better, and therefore are getting into universities.

From our experience, and from looking at our data, there is absolutely no truth to that. We are seeing almost no increase in the incidence of major psychiatric illness — I talk about schizophrenia, bipolar illness and severe major depression. What we have seen is a drastic increase in people with long-standing psychological problems. Over 50 per cent of the students we see have had a problem lasting at least two to four

## TÉMOIGNAGES

MONTREAL, le mardi 21 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

**Le vice-président :** Bonjour à tous et bienvenue à Montréal.

[*Traduction*]

Nous allons commencer ce matin par le Dr Norman Hoffman, directeur des services de santé mentale à l'Université McGill. Nous allons entendre les trois exposés l'un après l'autre, puis nous passerons aux questions, mais si les sénateurs souhaitent poser une question importante en cours d'exposé, on pourra envisager une interruption.

**Le docteur Norman Hoffman, directeur, Services de santé mentale, Université McGill :** J'ai lu votre rapport avec un grand intérêt; votre étude est une entreprise merveilleuse, dont nous avions grand besoin.

Je travaille dans le domaine de la santé mentale des étudiants ainsi qu'en milieu hospitalier depuis 25 ans. Au cours des 20 dernières années, on a assisté à des changements remarquables en matière de santé mentale des étudiants. La demande de services a augmenté considérablement dans toute l'Amérique du Nord; nous nous demandons pourquoi et nous cherchons à savoir ce qu'on peut y faire.

Malheureusement, les services ont souvent pris du retard quant à leur capacité de fournir aux étudiants les soins dont ils ont besoin. L'avantage de toutes les universités canadiennes, c'est leur capacité de fournir des soins axés sur le patient. Quand on suit l'évolution des soins psychiatriques au fil des années, on remarque avec intérêt que nous sommes passés à des soins individualisés axés sur le patient même si, d'après ce que j'ai constaté dans le milieu hospitalier et au cours de mes conversations avec mes confrères, le fossé se creuse entre l'équipe de soins que nous pouvons assurer et le type de soins que propose le régime public. C'est là un point très préoccupant.

Depuis un an, dans notre service, nous avons traité près de 2 000 étudiants, c'est-à-dire environ 8 p. 100 de l'ensemble des étudiants de McGill. D'après les spécialistes, cette augmentation de la demande serait dû au fait que les étudiants reçoivent plus tôt des soins de meilleure qualité et peuvent donc faire des études universitaires.

D'après notre expérience et nos données, ce n'est absolument pas le cas. Nous ne constatons pratiquement aucune augmentation de l'incidence des principales maladies psychiatriques — je parle de schizophrénie, de la psychose maniacodépressive et de la dépression grave. Ce que nous avons constaté, c'est une forte augmentation du nombre des personnes présentant des problèmes psychologiques durables. Plus de



years. We see students who come to university, who have been suffering, often from the time of their early adolescence. It is essential for these students that we are able to provide them with complete care. We have been working hard at increasing our staff to provide the care that they need.

My advantage is that I do have a complete staff. We have tripled the size of our staff over the last 10 years. I now have 10 psychiatrists and five psychologists working for me. We have services far beyond what is available in the public system. If you want to see how a client-centred service runs and what can be done, come and look at us because we do it. We have to keep on increasing — I have hired two more psychiatrists for next year, but we are keeping up. We provide from short-term to long-term care. There are students we see for a few sessions, and students we see for three, four or five years on weekly care, with individualized treatment plans.

My concern, therefore, is not really what is happening within the university setting, because universities do have the resources to provide that kind of care, if they have the will. My concern is for what is happening to young people in our community. Why are we seeing so many troubled youth, and what can we do about it?

One thing that has been very disturbing, when you look at so many of the students we see, and often talking to educators in elementary schools, high schools and colleges, is that across the board there seems to be an increase in the number of disturbed children within our school systems. One thing that we see in our student population is that the relationships, from the time people are young, between children and strong mentoring figures is weakening; the relationship with parents and the relationship with extended families. The vast majority of people we see have weak relationships with grandparents, aunts and uncles.

A recent study looked at success in high school, and the factor that came out number one that contributes to success in high school is the number of family dinners any family has. Teachers in school systems are overwhelmed with behaviour problems: they do not have time to provide one-to-one mentorship to the students they see. Students are being signed up to all kinds of activities, but they do not develop good relationships.

In speaking with a good friend of mine, the Director of the Psychiatric Youth Service in Montreal, most of the students they see come from broken homes, they have no relationship with their parents and they are struggling on their own. At the same time, the power of peer groups has been increasing. Students come home from school, they go on MSN and they have 50 contacts, most of them superficial. People are not growing up with consistent strong mentoring relationships. Unless we do something to strengthen families and strengthen the ties with important mentoring figures, we will see a continued rise in psychological disturbances in our young people.

50 p. 100 des étudiants dont nous nous sommes occupés présentaient un problème dont la durée était d'au moins deux à quatre ans. Des étudiants qui arrivent à l'université souffrent souvent depuis le début de leur adolescence. Pour eux, il est essentiel que nous puissions proposer des soins complets. Nous nous sommes efforcés d'augmenter notre personnel pour leur proposer les soins dont ils ont besoin.

J'ai l'avantage d'avoir un personnel complet. Nous avons triplé nos effectifs depuis 10 ans. Mon équipe comporte désormais 10 psychiatres et cinq psychologues. Nos services sont bien supérieurs à ce que propose le système public. Si vous voulez voir comment fonctionne un service axé sur le patient, venez voir chez nous, car nous proposons tout ce qu'il est possible de faire. Notre expansion doit continuer — j'ai engagé deux psychiatres supplémentaires pour l'année prochaine, et nous progressons toujours. Nous assurons des soins à court terme et à long terme. Certains étudiants ne viennent que pour quelques séances, alors que d'autres reçoivent des soins hebdomadaires pendant trois, quatre ou cinq ans, dans le cadre de plans de traitement individualisés.

Ce qui me préoccupe, ce n'est donc pas tellement ce qui se passe en milieu universitaire, car les universités ont les ressources nécessaires pour proposer ce genre de soins quand elles en ont la volonté. Le problème, c'est le sort des jeunes gens ordinaires. Pourquoi sont-ils si nombreux à avoir des problèmes, et que peut-on y faire?

Ce qui est très inquiétant, compte tenu des nombreux étudiants qui nous consultent et de ce que disent les enseignants des niveaux élémentaire, secondaire et collégial, c'est qu'il semble y avoir une augmentation généralisée du nombre d'enfants perturbés en milieu scolaire. Dans notre population étudiante, on remarque un affaiblissement des relations entre l'enfant et son mentor, ses parents et la famille étendue. La grande majorité des gens qui nous consultent n'ont pas de relations solides avec leurs grands-parents, leurs oncles et leurs tantes.

Une étude récente sur les succès scolaires au niveau secondaire a mis en évidence le fait que le principal facteur du succès est le nombre de dîners familiaux. Les enseignants sont submergés par les problèmes de comportement : ils n'ont pas le temps d'assurer un mentorat direct à tous leurs élèves. Ces derniers ont toutes sortes d'activités, mais ils ne parviennent pas à établir de bonnes relations.

Un bon ami à moi, le directeur des services psychiatriques pour jeunes de Montréal me disait que la plupart des étudiants qui consultent son service viennent de foyers désunis, n'ont pas de relations avec leurs parents et se débrouillent tout seul. Par ailleurs, l'influence des groupes de pairs est de plus en plus puissante. Quand ils reviennent de l'école, les enfants vont sur Internet où ils peuvent avoir une cinquantaine de contacts, le plus souvent superficiels. Ils n'ont pas de relations de mentorat qui soient solides et durables. À moins qu'on ne fasse quelque chose pour renforcer les liens familiaux et les relations avec un mentor important, les difficultés psychologiques de nos jeunes ne pourront qu'augmenter.



Another major concern I have is the way these issues are being addressed. There has been a strong tendency towards hasty diagnosis and simplistic symptom-based treatments over the last 10 years. The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM, the manual of descriptive diagnosis, is meant to be used as a guide. It says so right in the introduction. It is not meant to be applied in a cookbook fashion to individuals. However, that is exactly how it is being applied. We did a survey last year of McGill students; 15 per cent of first year students were on psychiatric medication. In surveys done in the United States, up to 30 per cent of students at some universities are on psychiatric medication. When we assessed these students, over 90 per cent were inappropriately diagnosed and inappropriately prescribed.

What is happening these days in the high schools? A kid's family is divorced, a kid breaks up with his girlfriend and he is feeling low. Adolescents tend to be moody. After a couple of weeks of feeling low, and not wanting to do their homework, they are brought to their GP, they are handed a prescription, and they are told they have a biochemical imbalance. Then, they come to us the minute they have any kind of psychological problem, which they do, because they have not dealt with the original problem. They say, "My medication is not working anymore." Alternatively, the parent calls up and says, "My kid needs his medication increased." We have students who call home, and the first question their parents ask is, "Are you still taking your medication?"

Medication has its use, even though in a young adult and teen population, the studies have shown that medication is not particularly effective. However, this wholesale prescribing of antidepressant medication to youngsters as a solution for their problems is highly inappropriate, and it is leading to a major mental health disaster for our young. When we see them, not only do we have to deal with their problems, we have to convince them that there is not something fundamentally wrong neurologically with them.

I have a concern that this trend which started in the States is now moving into Canada, because we see more and more youngsters here who are given medication quickly without proper diagnosis. Studies have been done and certain news reports have been done; they go into a GP's office and they say, "I feel depressed," and 15 minutes later they are out with a prescription.

We see a trend towards wanting to make these fast diagnoses. Screening programs such as depression screening may increase awareness of the problem of depression, but often all it does is support the idea that depression is a singular biological entity. This idea is highly promoted by the pharmaceutical industry, but has no support in the literature. Depressed moods are a complex problem. Twenty years ago, students would come to see us and they would say, "I feel depressed, I feel down." Now they come in and say, "I think I have depression." We say, "What do you

Je m'inquiète également de la façon dont on aborde les problèmes. Depuis dix ans, on a tendance à faire des diagnostics hâtifs et à donner des traitements simplistes en fonction des symptômes. Le *Manuel diagnostics et statistiques des troubles mentaux* est sensé servir de guide. C'est ce qu'on y lit dès l'introduction. On n'est pas sensé l'appliquer comme un livre de recette. Pourtant, c'est exactement comme ça qu'on l'applique. Nous avons fait l'année dernière un sondage auprès des étudiants de McGill; 15 p. 100 des étudiants de première année prenaient des médicaments psychiatriques. Des sondages réalisés aux États-Unis montrent que 30 p. 100 des étudiants de certaines universités prennent des médicaments psychiatriques. Quand on évalue ces étudiants, on constate que plus de 90 p. 100 d'entre eux ont font l'objet d'un mauvais diagnostic et d'une prescription inappropriée.

Que se passe-t-il actuellement dans les écoles? Des jeunes voient leurs parents divorcés, ils peuvent vivre eux-mêmes la fin d'une relation amoureuse et s'en trouvent affectés. Les adolescents sont souvent d'humeur changeante. Après quelques semaines de déprime, ils cessent de faire leurs devoirs; on les envoie chez le médecin, qui leur remet une ordonnance en évoquant un déséquilibre biochimique. Alors, ils viennent nous voir dès qu'ils éprouvent un problème psychologique, ce qui ne manque pas d'arriver, puisque le problème initial n'a pas été traité. Ils disent : « Mon médicament ne me fait plus d'effet. » Ou bien, c'est un parent qui nous appelle en disant : « Mon enfant a besoin d'une dose plus forte ». Des étudiants téléphonent chez eux et la première chose que leur demandent leurs parents, c'est : « Est-ce que tu prends toujours ton médicament? »

Les médicaments ont leur utilité, même si chez les adolescents et les jeunes adultes, les études montrent qu'ils ne sont pas particulièrement efficaces. En revanche, la prescription débridée d'antidépresseurs à des jeunes pour régler leurs problèmes est tout à fait inappropriée et elle mène à un véritable désastre en santé mentale dans notre jeunesse. Quand ils viennent consulter, il faut non seulement traiter leurs problèmes, mais également les convaincre qu'au plan neurologique, ils ne présentent aucun problème fondamental.

Je m'inquiète de voir que la tendance qui a pris naissance aux États-Unis est maintenant en train d'envahir le Canada, car on constate que de plus en plus de jeunes prennent des médicaments alors qu'ils n'ont pas fait l'objet d'un bon diagnostic. Des études et des rapports montrent que lorsqu'un jeune va consulter un généraliste en disant qu'il se sent déprimé, il ressort un quart d'heure plus tard avec une ordonnance.

La tendance est au diagnostic rapide. Les programmes de dépistage comme celui de la dépression peuvent sensibiliser aux problèmes de la dépression, mais trop souvent, leur seul effet est de répandre l'idée selon laquelle la dépression serait une entité biologique particulière. C'est ce que prône l'industrie pharmaceutique, sans la moindre confirmation des milieux scientifiques. L'humeur dépressive est un problème complexe. Il y a vingt ans, les étudiants nous consultaient et disaient : « Je me sens déprimé, abattu. » Aujourd'hui, ils disent : « Je crois que je



mean? How are you feeling? What is going on in your life?" They answer, "No, I have depression." People want fast answers and fast solutions, but they do not work.

One concern in reading the interim report is that I think it focuses too strongly on mental illness rather than on mental health. If we want to address these issues, we have to do a lot more on prevention. We have to attack the roots of the problem. I agree that our system needs to become more client-centred and more individualized, but dealing with the layers of bureaucracy, provincial jurisdiction and hospital jurisdiction is a problem.

I spoke with two colleagues yesterday who work with me and also at the hospital. They are thinking of leaving the hospital because they cannot deal with the bureaucracy anymore. The hospital is reorganizing to become more and more system-centred: intake programs and programs for specific diagnoses that are short-term, which tend to provide very few services apart from symptom-based ones. Much of it is driven by research coming out of the United States. The system in the United States is aimed primarily these days at symptom reduction. Most practitioners want to give simplistic short-term treatments to take care of the most immediate symptoms. They do not show any concern about the person's life and their long-term issues. We strongly need to resist this kind of orientation.

However, this orientation has been creeping more and more into the standard jargon of the way we see psychiatry. Most medical students these days, most psychiatric residents, come out of their training feeling that the DSM is the Bible, where their only goal is to make an Axis-I diagnosis. The DSM is a good guide. It gives us the common language and the ability to do research, but it is not meant to be applied in a textbook fashion to each individual.

The impact of marketing by the pharmaceutical industry is also a major concern of mine. Every week, there are conferences at fancy restaurants put on by the pharmaceutical industry, where doctors go, and where they get the majority of their information these days.

I strongly suggest that we consider, in Canada, a ban on direct pharmaceutical- to-medical-profession marketing, and that we impose a fee or a tax on the pharmaceutical industry. We could set up a government board that will collect information, assess information, and give direct recommendations to doctors.

Over the last 10 years the two classes of drugs which have been most heavily marketed by the pharmaceutical industry are the Cox-2 inhibitors and the antidepressant medication. Look what is happening now with the Cox-2 inhibitors. They are good drugs, but there are many anti-inflammatories on the market that are

fais une dépression ». Nous disons : « Que voulez-vous dire? Comment sentez-vous? Que se passe-t-il dans votre vie? » Ils répondent : « Non, je fais une dépression. » Les gens veulent des réponses rapides et des solutions rapides, mais cela ne donne rien.

Une chose me préoccupe dans le rapport provisoire : je crois qu'il met trop l'accent sur la maladie mentale au détriment de la santé mentale. Si nous voulons régler ces problèmes, il va falloir faire davantage de prévention. Il faut s'en prendre à la racine du mal. Je reconnais que notre système doit s'axer davantage sur le patient et sur des soins individualisés, mais les couches superposées de bureaucratie, de domaines de compétence provinciale et de juridiction hospitalière ne font qu'augmenter les difficultés.

J'ai parlé hier avec deux collègues que je vois à l'université et à l'hôpital. Ils pensent quitter le milieu hospitalier parce qu'ils ne supportent plus la lourdeur bureaucratique. Le milieu hospitalier se réorganise pour devenir plus systématique, avec des programmes d'admission et des programmes à court terme pour certains diagnostics, ce qui donne très peu de services en dehors de ceux qui traitent les symptômes. Cette tendance résulte essentiellement de la recherche provenant des États-Unis. Aujourd'hui, le système américain vise avant tout une atténuation des symptômes. La plupart des médecins veulent donner des traitements simplistes à court terme pour soigner les symptômes les plus immédiats. Ils ne veulent pas se préoccuper de la vie du patient ni de ses problèmes à long terme. Quant à nous, nous devons résister fermement à cette tendance.

Et pourtant, elle envahit de plus en plus le jargon de la psychiatrie telle que nous la concevons. La plupart des étudiants en médecine et des internes en psychiatrie sont persuadés, à la fin de leur formation, qu'il faut prendre le manuel pour parole d'Évangile et que leur seul objectif est de faire un diagnostic sur l'axe-I. Le manuel est un bon guide. Il nous donne une nomenclature commune et la possibilité de faire de la recherche, mais il n'est pas censé s'appliquer comme un livre de recettes dans des cas individuels.

Je m'inquiète également de l'action commerciale de l'industrie pharmaceutique. Elle organise chaque semaine des conférences dans les restaurants les plus huppés à l'intention des médecins, et c'est devenu leur principale source d'information.

Je recommande fortement au gouvernement d'envisager une interdiction des pressions commerciales directes de l'industrie pharmaceutique aux médecins et l'imposition d'un droit ou d'une taxe à l'industrie pharmaceutique. On pourrait constituer une commission gouvernementale qui recueillerait l'information, l'analyserait et ferait directement des recommandations aux médecins.

Au cours des 10 dernières années, les deux catégories de médicaments les plus vendus par l'industrie pharmaceutique ont été les inhibiteurs sélectifs de la Cox-2 et les antidépresseurs. Voyons ce qu'il est advenu des inhibiteurs de la Cox-2. Ce sont de bons médicaments, mais il existe de nombreux



just as good for the majority of people. The Cox-2 inhibitors are so heavily marketed that they have been over-prescribed and now we are seeing numerous health problems as a result.

The same thing is true of antidepressant medications. There is no research that shows that the modern antidepressants are any better than the old ones we used 20 or 30 years ago. They are no more efficacious. They may cost about 10 times as much. Especially in Canada, as we move towards a national drug plan, the cost of medication will be a major factor in our ability to deliver proper care.

However, the medical profession will tend to prescribe new drugs to everybody, regardless of whether an older drug may be just as effective. The older antidepressants are excellent but they are hardly ever prescribed today.

My major recommendation is that we provide increased mentorship to young people. I would like to see a Canada-wide system of outward-bound-type summer programs for disadvantaged youth. Let every disadvantaged youth get away for the summer in a special program that builds confidence, proper mentorship and continued contact with a mentor throughout the year. Let people grow up having a positive experience of adults, feeling well connected to adults and feeling that they have something to learn from people in our society who have a lot to give.

The committee could focus its recommendation on the mental illness system, and certainly there is a lot to be improved there. However, things could be done directly by the federal government to address and attack the issue of why people are growing up feeling so distraught.

[Translation]

**Dr. Rémi Quirion, Scientific Director, Institutes of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Douglas Research Centre:** I was actually saying that sometimes it is easier for me to express myself in English because all of my studies were done outside of Canada. But I can proceed in both languages, if that is all right with you, in "Frenglish," as is my wont.

I would like to commend the committee on the work and energy that went into your report over the last few years, as well as for the comprehensive consultations you held throughout Canada. Expectations are high with regard to the committee's report and we hope that in the future this report will have enough teeth to bring about tangible results for Canadians, those with mental illnesses and those with mental health problems.

You have received some information you can read on your flight back, including a copy of the annual report from the institute I have the pleasure of directing, the CIHR Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction.

anti-inflammatoires sur le marché qui sont tout aussi bons pour la majorité des patients. Les inhibiteurs de la Cox-2 ont fait l'objet d'une telle promotion qu'ils ont été prescrits de façon excessive et qu'ils ont engendré plusieurs problèmes de santé dont on constate actuellement les effets.

Il en va de même pour les antidépresseurs. La recherche n'a pas permis de montrer que les antidépresseurs modernes sont meilleurs que ce que l'on utilisait il y a 20 ou 30 ans. Ils ne sont pas plus efficaces. Par contre, ils peuvent coûter dix fois plus cher. Au Canada, en particulier, le coût des médicaments va devenir un facteur déterminant de notre aptitude à assurer des soins appropriés, puisque nous nous dirigeons vers un programme national de médicaments.

Pourtant, les médecins ont tendance à prescrire de nouveaux médicaments à tout le monde, même lorsqu'un médicament plus ancien serait tout aussi efficace. Les antidépresseurs plus anciens sont excellents, mais ils ne sont pratiquement plus prescrits de nos jours.

Ma recommandation principale consisterait à proposer davantage de mentorats à nos jeunes. J'aimerais que partout au Canada, on mette en place des programmes de stage d'été pour les jeunes défavorisés. Chaque jeune défavorisé devrait pouvoir partir pour l'été et participer à un programme spécial de mise en confiance et de mentorat qui se prolongerait par un contact suivi avec le mentor pendant toute l'année. Il faut que les jeunes aient une expérience positive des adultes, qu'ils se sentent en contact avec eux et qu'ils aient le sentiment d'avoir quelque chose à apprendre de ceux qui ont le plus à donner.

Le comité peut certainement axer ses recommandations sur le système de santé mentale, auquel il faudrait apporter bien des améliorations. Néanmoins, le gouvernement fédéral pourrait intervenir directement en se demandant pourquoi les gens se retrouvent aux prises avec un tel sentiment de désarroi.

[Français]

**Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas :** Je disais justement que parfois c'est plus facile pour moi de m'exprimer en anglais car j'ai fait toutes mes études à l'extérieur du Canada. Mais nous pouvons procéder dans les deux langues, dans mon « franglais », si l'on veut.

Je voudrais féliciter le comité pour le travail et l'énergie que vous avez mis sur ce rapport au cours des dernières années, et la consultation très élaborée que vous avez entreprise à travers tout le Canada. Les attentes sont élevées face au rapport du comité et nous espérons que par la suite, ce rapport aura suffisamment de mordant pour que cela puisse donner des résultats concrets pour les Canadiens, qui souffrent de maladie mentale et les personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Vous avez reçu un peu d'information que vous pourrez lire en retournant chez vous dans l'avion, soit une copie du rapport annuel de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies et le CIHR que j'ai le plaisir de diriger.



An article by Ron Kessler from Harvard University, which was just published in the *New England Journal of Medicine, Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003* may be somewhat dry reading, but it supports what Dr. Hoffman mentioned in terms of the prevalence of major mental illness not having really changed, be it depression, schizophrenia or anything else.

More people are in treatment, but perhaps the basic diagnosis is inadequate. More time needs to be spent on arriving at a proper diagnosis. There may be some people who will not consult for various reasons: stigma, as has been discussed, wait times in order to have access to clinical services, all of these reasons remain a major problem.

I would invite you to read the article and if you have any questions or suggestions, I would be pleased to discuss the matter with you.

We also have a slide presentation prepared by my colleagues and I at the Canadian Institutes of Health Research. I will not go into it in great detail, because it contains too much information. I would invite you to read it and once again, I would be very pleased to answer any questions you may have.

Perhaps we could start with some points regarding your interim report. On page 2, so if you take slide number 2, the Canadian Institute does indeed agree with what is stated in the chapter Comments on the Recommendations of the Special Study on Mental Illness, Mental Health and Addiction.

We agree that mental health research funding is insufficient in Canada, given the socioeconomic cost associated with these illnesses. Of course, the CIHR has been asking that its budget be increased to one billion dollars for quite a while now. We currently have a \$700-million budget. We believe one billion dollars would put us in a better position to fulfil our mandate.

We strongly support the committee's desire to establish a national mental health agenda, and we of course support mental health research in Canada.

I think your timing is excellent. Quebec just tabled its mental health action plan. There are elements of the Quebec action plan which could, I believe, be of benefit to other provinces. It is not a panacea, but a reorganization of services, and we hope that at the end of the day, there will be a marked improvement in the services offered to people with mental illnesses, as well as a greater focus on prevention over the coming years.

We are quite pleased, and if we can help the committee in developing a national policy, we are prepared to do so.

Slides 4 and 5 deal with the sharing of knowledge and information. There is still a dearth of specific information in this country, regarding incidence, prevalence, treatments,

Un article de Ron Kessler de l'Université Harvard, qui vient de paraître dans *The New England Journal of Medicine, Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003*. C'est quelque peu aride à lire, un peu sec, mais cela supporte ce que mentionnait le Docteur Hoffman en ce sens que la prévalence n'a pas nécessairement changé pour les maladies mentales majeures, que ce soit la dépression, la schizophrénie et autres.

Il y a plus de personnes qui sont traitées, mais le diagnostic n'est peut-être pas toujours adéquat à la base. Il faut donc avoir un peu plus de temps pour poser un bon diagnostic. Il y a aussi des personnes qui ne consultent pas pour différentes raisons : le stigma dont on a discuté, le temps d'attente pour avoir accès à un service clinique, toutes ces raisons demeurent un problème majeur.

Je vous invite à lire l'article et s'il y a des questions ou des suggestions, je suis disposé à discuter avec vous à ce sujet.

Par la suite, nous avons une présentation en diaporama, que mes collègues et moi avons réalisé aux Instituts de recherche en santé du Canada. Je ne la repasserai pas en détail car il y a beaucoup trop d'informations. Je vous invite à le lire et une fois de plus, si vous avez des questions, je vais être très heureux d'y répondre.

Nous pouvons peut-être commencer par quelques points sur votre rapport intérimaire. En page 2, si vous prenez la diapo numéro 2, au niveau de l'Institut canadien, nous sommes certainement d'accord avec ce qui est écrit au chapitre Comments on the Recommendations of the Special Study on Mental Illness, Mental Health and Addiction.

Nous sommes d'accord qu'il n'y a pas suffisamment d'investissement pour la recherche en santé mentale au Canada, comparativement aux coûts socio-économiques qui sont associés à ces maladies. Évidemment, cela fait longtemps que CIHR demande une augmentation de son budget d'environ un milliard de dollars. Nous avons présentement un budget de sept cents millions. Nous pensons qu'avec un milliard de dollars, nous serions davantage en mesure de remplir notre mandat.

Nous appuyons vivement le comité quant au fait d'établir un agenda national pour la santé mentale et pour nous, évidemment, pour la recherche en santé mentale au Canada.

Je pense que le « timing » est excellent. Le Québec vient de déposer son plan d'action en santé mentale. Il y a des éléments du plan d'action québécois qui, je pense, seraient intéressants pour d'autres provinces. C'est loin d'être une panacée, il s'agit d'une nouvelle réorganisation des services, mais on espère qu'en bout de ligne, cela améliorera véritablement les services aux personnes qui souffrent de maladie mentale, ainsi qu'une meilleure concentration sur la prévention au cours des années à venir.

Nous sommes certainement très contents, et si nous pouvons aider le comité à développer une politique nationale, nous sommes prêts à le faire.

Les diapos 4 et 5 traitent de transfert des connaissances et d'informations. Il nous manque beaucoup d'informations précises au pays, en termes d'incidence, de prévalence, de traitements, de

treatment quality, and knowledge transfer. Very often, as my colleague stated, young doctors have but a few hours of psychiatric training.

They learn a little about DSM-IV categories, the DSM being like the Bible, as they say, but they do not really know how to recognize a person suffering from a mental illness. When someone shows up at their office for a first consultation in Trois-Rivières, they say: Gosh, what is this?

People may present with peripheral diseases, such as diabetes, cardiovascular illnesses, hypertension, et cetera. These people often have mental health and addiction problems as well. Often, young doctors and treatment teams are not that well equipped to recognize such problems.

I think knowledge transfer is very important. I will not go into this slide in greater detail. Slide 10 follows up on Senator Kirby's request. He attended the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addictions' latest advisory committee meeting at McMaster University, in early May. At the time, he had asked how much was being invested by the institutes in Canada today, in the fields of mental health and addictions.

My colleague Richard Brière as well as other colleagues from the Canadian institutes considered all grants for fiscal year 2004-2005. On slide 10, you see the results of this study which demonstrate that currently funding stands at approximately \$53 million in the fields of mental health and addiction. Senator Kirby had asked us to break this figure down amongst children and adolescents, adults, and seniors. There is a \$13-million envelope for children.

For seniors, for various reasons, we decided not to include Alzheimer's, disease although we could have; because it is somewhere between the fields of neurology and psychiatry. We therefore decided to exclude it. If it were to be included, of course you would see a dramatic increase in the figures.

The Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction funds approximately 150 million dollars' worth of research, if you combine all institutes. If you were interested in knowing how much is invested by the Institute of Gender and Health, for instance, we could provide you with that information; the same applies to the Institute of Aboriginal Peoples' Health, etc.

One of the unique characteristics of our institution is the prevalence of partnerships with various groups, within and outside of the federal government, with provincial groups and with volunteer organizations. We cooperate with the Mood Disorders Society of Canada, with Phil Upshall, and others. We fund several workshops to encourage people from various fields to work together, to develop a research agenda in a specific area. These workshops cover broad issues, such as the genetic components of mental illness or a discussion with Sister Lena

qualité de traitement, de transfert de connaissances. Très souvent, comme le disait mon collègue, les jeunes médecins n'ont que quelques heures de formation en psychiatrie.

Ils apprennent un peu les catégories par le DSM4, qui est un peu la Bible, comme on dit, mais ils ne savent pas vraiment reconnaître la gueule d'une personne qui souffre d'une maladie mentale. Lorsqu'ils arrivent dans leur bureau, à Trois-Rivières, le premier matin, bien là ils disent : Oh, c'est quoi cette histoire ?

Ce sont des personnes qui se présentent avec des problèmes de maladie périphérique, si l'on veut, tel le diabète ou autres, des maladies cardiaques, des problèmes d'hypertension. Ces personnes ont souvent des problèmes de maladie mentale ou de toxicomanie associées à ces problèmes. Et souvent le jeune médecin ou l'équipe traitante n'est pas la mieux outillé pour reconnaître de tels problèmes.

En termes de transfert de connaissances, je pense que c'est très important. Je n'irai pas en détail pour cette diapo. La diapo numéro 10 fait suite à la demande du sénateur Kirby, qui est venu à la dernière réunion de notre comité consultatif de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, à l'Université McMaster, en début mai. Il nous avait alors demandé quel était le financement provenant des instituts présentement au Canada, dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies.

Mon collègue Richard Brière ainsi que d'autres collègues des Instituts canadiens ont examiné toutes les subventions pour l'année fiscale 2004-2005. À la diapo numéro 10, on vous rapporte les résultats de cette étude qui démontrent que présentement, en santé mentale et en toxicomanie, le niveau de financement est d'environ de 53 millions de dollars. Le sénateur Kirby nous avait demandé de l'attribuer selon une population d'enfants et d'adolescents, d'adultes ainsi que la population âgée. On voit 13 millions de dollars environ pour la population enfants.

Pour ce qui est de la population âgée, on a décidé, pour différentes raisons, de ne pas inclure la maladie d'Alzheimer, même si on pouvait le faire ; car cela se situe entre la neurologie et la psychiatrie. Nous avons donc décidé de l'exclure. Si on l'incluait, c'est sûr que le chiffre augmenterait beaucoup.

Globalement, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies finance présentement environ 150 millions de dollars, si on regroupe tous les instituts. Si vous êtes intéressés à savoir, par exemple, ce que l'Institut de la santé des hommes et des femmes finance, on pourrait vous fournir l'information; même chose pour l'Institut sur les Autochtones, et ainsi de suite.

Une des caractéristiques particulière à notre institution, c'est la prévalence d'un partenariat avec différents groupes, à l'interne au gouvernement fédéral et à l'externe avec des groupes provinciaux et des organismes volontaires. Il y a collaboration avec le groupe Mood Disorders Society of Canada, avec Phil Upshall et autres. Nous finançons plusieurs ateliers afin d'inciter les gens de différents milieux à travailler ensemble, pour développer un agenda de recherche dans un domaine bien précis. Ce sont des ateliers qui couvrent des sujets très larges, que ce soit sur la



Mangalam. These workshops may also touch upon spirituality and mental illness, for instance.

There are examples of research funded by the institutes, but I will not elaborate on that. On slide 16, you have an update on some activities within the institutes. The Institute of Aboriginal Peoples' Health is carrying out a research program on the major problem of suicide within aboriginal communities.

To follow up on the comments made by my colleague a few moments ago, regarding the importance of early life events, and how to ensure the best possible start for young children and adolescents, how to minimize the incidence of mental illness, we have not yet received any submissions. We have just sent out the call to our scientific community and we hope they will come up with several original suggestions for prevention-based projects.

A great deal of work is being carried out on autism with American, English and Irish colleagues; this is a global effort meant to yield some results.

Mental health in the workplace remains a serious problem. Last week, we solicited bids on the following theme: mental health in the workplace, stress in the workplace, addictions, and workplace addictions. Obviously, this requires partnerships with the private sector.

If we want to succeed in the end, the private sector has to be involved. We hope the federal government, Canada's number one employer, will get involved as well, because we should look into federal government employees' mental health as well. Public servants experience a great deal of stress in the workplace.

In the future, we will also be looking into co-morbidity and clinical research. During our committee meeting, Senator Kirby mentioned training, planning for the new generation of clinical researchers in all disciplines, and not only doctors. Nurses and social workers are also part of the treatment teams grappling with various mental illnesses.

The institutes are not necessarily focused on mental health and addictions. We hope to be able to convince the CIHR to set aside part of its budgetary envelope for training, and clinical research carried out by mental health and mental illness specialists.

Various strategies have been mentioned in terms of improving the national infrastructure for clinical research as well funding for clinical research.

Obviously, we do ask researchers to take the time to carry out their research, but at the same time, they have a great deal of clinical work to do as well. We have to make sure there are adequate career plans in place for clinical research, otherwise young researchers will not be interested in this.

génétique d'une maladie mentale ou une discussion avec Sœur Lena Mangalam. Ces ateliers peuvent aussi toucher, éventuellement, à l'aspect spirituel et les maladies mentales.

Il y a des exemples de recherches financées par les instituts, mais je n'élaborerai pas sur ce point. Si l'on se réfère à la diapo 16, il s'agit d'une mise à jour de certaines activités des instituts. En ce qui a trait à l'Institut sur la santé des Autochtones, il existe un programme de recherche, mis en place sur le suicide dans les communautés autochtones, ce qui représente un problème important.

Pour faire suite aux propos de mon collègue il y a quelques minutes, au sujet de l'importance des premiers événements de vie, et comment assurer un meilleur départ dans la vie à nos jeunes enfants et adolescents, afin de minimiser l'incidence de maladies mentales, nous n'avons pas encore reçu de proposition. L'idée vient d'être lancée à notre communauté scientifique et l'on espère qu'ils arriveront avec plusieurs suggestions originales de projets orientés vers la prévention.

Beaucoup de travail se fait sur l'autisme avec des collègues des États-Unis, de l'Angleterre et de l'Irlande ; c'est donc assez global pour essayer d'arriver à des résultats.

La Santé mentale au travail constitue un problème important. Nous avons donc lancé, la semaine dernière, un appel d'offres sur la thématique : santé mentale au travail, stress au travail, dépendance, toxicomanies au travail, soit une thématique couvrant tous ces domaines. Pour y arriver, il y a évidemment un partenariat avec le secteur privé.

Si nous voulons réussir en bout de ligne, il est nécessaire que le secteur privé soit impliqué. Nous espérons que le gouvernement fédéral, comme premier employeur au Canada, s'impliquera aussi, parce qu'on devrait étudier la santé mentale des employés du gouvernement fédéral. Les fonctionnaires vivent actuellement beaucoup de stress dans leur milieu de travail.

Nous verrons également plus tard le sujet de la co-morbidité et celui de la recherche clinique. Au cours de la séance de notre comité, le sénateur Kirby a mentionné la formation, la relève en recherche clinique de toutes disciplines, et non seulement les médecins. Cela peut être les infirmières et les travailleurs sociaux, qui font partie d'une équipe traitante dans le cas de plusieurs maladies mentales.

Les instituts canadiens ne sont donc pas nécessairement centrés sur la santé mentale et les toxicomanies. Nous espérons pouvoir convaincre le CIHR de réserver une partie de l'enveloppe budgétaire, pour la formation, la recherche clinique de spécialistes de la santé mentale et de la maladie mentale.

Il y a différentes stratégies qui sont mentionnées en termes d'infrastructures nationales de recherche pour les chercheurs cliniciens et le financement de ces chercheurs cliniciens.

Il est certain qu'on demande aux chercheurs de prendre le temps de faire de la recherche, mais en même temps, ils ont une charge assez lourde de travail clinique. Il faut donc s'assurer qu'il y ait un plan de carrière adéquat en recherche clinique, sinon les jeunes chercheurs ne seront pas intéressés.



An important aspect of the clinical research plan, as you can see on slide 20, is knowledge transfer. This aspect is very important, because in the end, the research funded by the institutes must yield results. Mr. Kessler's document is excellent, really very good, but if it goes no further than the *New England Journal of Medicine*, we will have missed an opportunity.

When slide 21 was shown, Senator Kirby asked us: how can we work together in order to create a ten-year research agenda in the field of mental health, mental illness and addictions in Canada?

This was early May. We held some discussions about this over the last few weeks in the institute and came up with a concept which may not be all that original, and which may have already been used by the Gates Foundation in the United States, in other words, "Grand Challenge," Unique Opportunities in research in mental health, mental illnesses and addictions.

To be consistent with your deadlines, and we know that you are preparing your final report, we would like to send out an open call to our community, towards the end of July, and the question would be: According to you, what is the greatest challenge in the area of mental health in Canada?

If you could only invest in one thing, what would it be? On page 22 you will find some of the strategies we suggested, in order to seek out the most innovative submissions. We are soliciting researchers and all community organizations, and not only people from the field of academia. It would be open to all.

We want brief submissions, two or three pages long, not necessarily focused on funding, because obviously there is never enough of it, but on how to solve the problem in the field of mental health. We want to hear what our community has to suggest, in the areas of prevention, quality of life for children, adolescents, seniors, and in the field of genetics.

The submissions will be assessed by an international committee composed of community representatives and researchers. On slide 23, under projected outcomes of our call, you see question marks after each suggestion or proposal. That is because we have not yet discussed them, and the work was done just recently, over the weekend.

To get a response from our community, we believe we need to use the carrot approach, otherwise they may be a bit reluctant to respond. So, perhaps between three and five of the best suggestions according to the national committee could at some point end up in some of your recommendations.

Il y a un aspect important du plan de recherche clinique, — on le voit à la diapo numéro 20 — le transfert de la connaissance. Cet aspect est très important, car en bout de ligne, la recherche, qui est financée par les instituts, doit aboutir. Le document de M. Kessler est super, il est très bien, mais s'il reste dans le *New England Journal of Medicine*, nous aurons manqué une opportunité.

Lors de la présentation de la diapo 21, le sénateur Kirby nous avait demandé : Comment peut-on travailler ensemble afin d'établir un agenda de recherche de dix ans au Canada dans le domaine de la santé mentale, des maladies mentales et des toxicomanies ?

C'était au début mai. Nous en avons discuté un peu au cours des dernières semaines à l'institut et sommes arrivés avec un concept qui n'est pas nécessairement très original et qui aurait déjà été utilisé par la Fondation Gates aux États-Unis, comme un genre de grand défi, « Grand Challenge, Unique Opportunities, » en ce qui a trait aux maladies mentales, la santé mentale et les toxicomanies.

Pour rejoindre votre échéancier, on sait que vous en êtes maintenant à la préparation de votre rapport final, nous aimerions lancer dans notre communauté, vers la fin de juillet, un défi qui dirait : Selon vous, quel est le défi numéro un en santé mentale pour le Canada ?

Si vous n'aviez qu'une chose sur laquelle on devrait investir, que serait-elle ? En page 22, vous trouverez certaines idées que l'on a émises en termes de stratégies, pour essayer d'aller chercher les propositions les plus innovatrices. Nous proposons une ouverture aux chercheurs et à tous les organismes communautaires, et non pas exclusivement pour le milieu académique et le milieu universitaire. Ce serait ouvert à tout le monde.

Nous voulons des propositions brèves, deux, trois pages, pas nécessairement centrées sur l'argent, parce que c'est sûr qu'il en manque tout le temps, mais sur la manière de résoudre ce problème en regard de la santé mentale. Nous voulons savoir ce que notre communauté aura à nous proposer, que ce soit sur la prévention, la qualité de vie des enfants, des adolescents, des personnes âgées ou de la génétique.

Les propositions soumises par notre communauté seront évaluées par un comité international, qui comprendra des gens du milieu communautaire et des chercheurs. Par la suite, en termes de résultats, vous allez voir sur la dernière diapo 23, il y a un point d'interrogation à la fin de chacune des suggestions ou des propositions. La raison est que nous n'avons pas encore discuté et que ce travail fut réalisé ce week-end.

Afin que les chercheurs de notre communauté répondent, nous croyons qu'il doit y avoir une certaine carotte au bout, sinon ils seront peut-être un peu réticents à nous répondre. Donc, peut-être que trois à cinq des meilleures propositions jugées par le comité national pourraient éventuellement se retrouver dans certaines de vos recommandations.



I think I have a fairly good idea of the outcomes. These suggestions could be included in some of your recommendations; if they could be there more explicitly, it would be very positive.

The institute is working on our second strategic plan for 2006-2010 and I hope some of our proposals will be seen as strategic initiatives from our institute, and there could be calls for tender for research in this field, including perhaps a carrot at the end for the best strategy and the best submission.

Obviously, these unique challenges and opportunities serve only as a catalyst, a beginning and not an end. We hope to reach out to our community in order to elicit good suggestions so that over the coming months and by the end of 2005, we can have a good idea of our research agenda for the next 10 years, in the field of mental health and addictions. Canada could then be in a good position strategically to meet the needs of Canadians as well as to be seen as a world leader in the fields of mental health, mental illnesses and addictions.

[English]

**The Deputy Chairman:** Before we turn to Sister Lena Mangalam, we should have some discussion of these two presentations. Then we could have a broader discussion after Sister Lena's presentation. However, these two presentations, in particular, delve heavily into the science. I think that will move the agenda along, and we probably should have discussion about that.

The first thing, Rémi, is I think there is a lot of wiggle room for the Canadian Institutes of Health Research, CIHR. Whether it was a commitment or an objective — some people say objectives are dreams with deadlines — the deadline has not been met. We are about halfway there in the overall funding of CIHR. The other half has to come, and I think there is wiggle room there. I think somebody as strategically important as you are should keep that in mind; there has to be room for growth there.

I spent last week at a tremendously stimulating global conference, which examined the scientific platform on which health care should grow for the next 10 years. The first thing was to establish the scientific platform that is here in 2005, and where it will be 10 years down the road. The second half of the think tank was about planning health care systems along these lines.

One thing that occurred to me during the establishment of the platform was that the big disease entities — cancer, heart disease, diabetes, mental illness, and AIDS — get a lot of attention. Of course in Africa, we have the other infectious diseases that require attention. However, there is a convergence of science in these big diseases, with the exception, I think, of mental illness. The convergence of sciences depends heavily on chemistry, new genetic research and nanotechnology, particularly a gene chip

Je pense que j'ai déjà une très bonne idée de ce qui en ressortira. Ces suggestions pourraient être incluses dans certaines de vos recommandations, elles pouvaient l'être de façon plus explicite, ce qui serait très intéressant.

L'institut travaille sur notre second plan stratégique pour 2006-2010 et j'espère que certaines de nos propositions pourront s'y retrouver en tant qu'initiatives stratégiques de notre institut, pour éventuellement lancer des appels d'offres de recherche dans ce domaine et peut-être donner un peu une carotte à la meilleure stratégie représentant la meilleure proposition.

Il est évident que ce genre de « Grand défi-opportunité unique, » c'est seulement un catalyseur, qu'il reste un début et non une fin. Nous espérons donc rejoindre notre communauté afin qu'elle nous fasse de bonnes propositions pour, qu'au cours des mois à venir et d'ici la fin de 2005, être capables d'avoir une meilleure idée d'un agenda de recherche pour les dix prochaines années, dans les domaines de la santé mentale et des toxicomanies. Le Canada pourrait alors se positionner de façon stratégique afin répondre aux besoins de notre population mais aussi pour être vu comme un leader mondial en termes de santé mentale, maladies mentales et toxicomanies.

[Traduction]

**Le vice-président :** Avant de donner la parole à Soeur Lena Mangalam, nous devrions parler de ces deux exposés. Ensuite, nous pourrions avoir une discussion plus générale après l'exposé de Mme Mangalam. Les deux premiers exposés sont de nature pré-scientifique. Nous allons donc poursuivre l'étude de l'ordre du jour et discuter de ce que nous venons d'entendre.

Tout d'abord, Rémi, je pense qu'il reste encore beaucoup d'espace autour des Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Qu'il s'agisse d'un engagement ou d'un objectif — certains disent que les objectifs sont des rêves assortis de délais — ce délai n'a pas été respecté. Nous en sommes à mi-chemin dans le financement global des IRSC. On attend toujours l'autre moitié, ce qui laisse de l'espace vide. Des protagonistes de votre stature doivent garder cette réalité à l'esprit. Il faut prévoir la croissance.

J'ai participé la semaine dernière à une conférence mondiale extrêmement stimulante, qui portait sur la plate-forme scientifique à partir de laquelle les soins de santé devraient évoluer au cours de la prochaine décennie. Le point de départ a consisté à définir la plate-forme scientifique existant en 2005 pour prévoir ce qu'elle serait d'ici 10 ans. La deuxième partie de la conférence a consisté à planifier les soins de santé en fonction de ces données de départ.

Au cours de la définition de la plate-forme actuelle, je me suis rendu compte que les grandes maladies — le cancer, les maladies cardiaques, le diabète, la maladie mentale et le sida — suscitent beaucoup d'attention. Évidemment, il existe en Afrique d'autres maladies infectieuses dont il faut s'occuper. Néanmoins, on constate une convergence des études scientifiques sur ces grandes maladies, à l'exception, à mon avis, de la maladie mentale. Les études scientifiques portent essentiellement de la chimie, de la



technology, but information technology in a totally different context than we normally think of. We think of information technology as health records and stuff, but I mean real information technology about the human genome as it will apply to illness and so forth. Of course, out of that comes bioengineering.

You are absolutely front and centre in this. What concerns me is that mental health research is very soft compared to the other four. As Dr. Hoffman spent a lot of time talking about the use and abuse of psychopharmacology, or whatever the appropriate term is — I am a heart surgeon — but can you foresee a move to this hard science the way the other big disciplines have moved and converged.

**Dr. Quirion:** That is a very broad question. That is a great challenge in terms of what I was talking about, the grand challenge for the next few years. Certainly, it is a key one.

It is not necessarily pleasant for some colleagues when I say that, but I think mental health, brain research in general, is still the last frontier. We know more than we knew 20 years ago, but if we compare it with cancer, or with cardiovascular disease, I think we are at the level that most cancer research and cardiovascular disease research was in the early 1960s. We are still a long way. We have made a lot of progress, but the brain is so much more complicated, and also mental well-being and interaction with the society, than other types — that is still very challenging.

However, I think we are making progress, and like the institute and other groups, we have tried to foster research that will include genetics, genomics and also the phenotypes. Of course, there is no one gene — it is a bit like hypertension in a sense. The end point is a bit easier to measure in hypertension: you take your blood pressure and that is it. For mood disorders, it is probably a very broad spectrum with a lot of different causes and, of course, a lot of social impact. I think it is important to genetic studies, and also phenotypic studies using brain imaging, or psychology in terms of the ranking.

One model we are discussing now in terms of platform, the eventual structure, will be, not bench to bedside, but in a case of mental health and addiction, maybe community to the lab. It is the other way around. You start with your community, and in terms of what you need there is very strong epidemiology, very strong information about the catchment area that you are dealing with. It is teamwork with, yes, psychiatrists, but also the social worker, the nurse, the community support, the non-governmental organization and all that. Then you identify family: There could be a bit of enrichment in one gene, and you backtrack with phenotypic studies, and then with animal studies, and using

recherche en génétique et des nanotechnologies, en particulier de la technologie des puces à ADN; mais elles font appel à la technologie de l'information dans un contexte totalement différent de celui auquel on pense habituellement. Pour nous, la technologie de l'information concerne la gestion des dossiers médicaux, etc., mais je pense aussi à la technologie de l'information en matière de génome humain appliquée à la maladie, etc., ce qui débouche évidemment sur le génie biologique.

Vous êtes absolument au cœur de ces activités de pointe. Ce qui me préoccupe, c'est que la recherche sur la santé mentale est très molle comparée aux quatre autres disciplines. Le Dr Hoffman a longuement parlé de l'utilisation, parfois abusive, de la psychopharmacologie — je ne sais pas si c'est le terme approprié, je suis chirurgien cardiologue — mais pensez-vous que la recherche évolue vers des sciences dures, dans les quatre autres disciplines?

**Le Dr Quirion :** C'est une vaste question. C'est un défi considérable par rapport à ce dont j'ai parlé, un énorme défi pour les années à venir. Cela me semble essentiel.

Certains collègues n'apprécieront pas nécessairement mes propos, mais je pense que la santé mentale et la recherche sur le cerveau de façon générale sont toujours aux frontières de l'inconnu. Nous en savons plus aujourd'hui qu'il y a vingt ans, et je pense que la recherche en santé mentale se situe actuellement au niveau où se trouvait l'essentiel de la recherche sur le cancer ou sur les maladies cardiovasculaires au début des années 60. Il y a encore bien du chemin à faire. Nous avons progressé, mais le cerveau est extrêmement complexe, et le bien-être mental ainsi que l'interaction de l'individu avec la société pose toujours des défis considérables.

Je pense cependant que nous sommes en progrès, et comme les instituts et les autres organismes, nous avons essayé de favoriser une recherche qui fasse appel à la génétique, à la génomique ainsi qu'au phénotype. Évidemment, il n'y a pas de gènes spécifiques, c'est un peu comme l'hypertension, en un sens. Le résultat final est un peu plus facile à mesurer dans le cas de l'hypertension : on prend la tension artérielle, et c'est tout. Dans le cas des troubles de l'humeur, le spectre est sans doute très vaste, les causes sont nombreuses et les répercussions sociales très lourdes. C'est important pour les études génétiques ainsi que pour les études phénotypiques qui utilisent l'imagerie du cerveau, ou la psychologie en matière de classement.

Un modèle dont on discute actuellement en matière de plate-forme, de structure éventuelle, serait non pas le laboratoire à côté du lit d'hôpital, mais, dans le cas de la santé mentale et de la toxicomanie, l'entrée de la communauté dans le laboratoire. En fait, c'est l'inverse qu'il faut faire. Il faut commencer par la communauté; en ce qui concerne les besoins, les données épidémiologiques sont très solides; on a une excellente information sur le bassin de population qui nous intéresse. Il faut un travail d'équipe faisant appel non seulement aux psychiatres, mais aussi au travailleur social, à l'infirmière, au soutien communautaire, à l'organisme non gouvernemental, et cetera.



transgenic materials — so you feed that loop, but in a different way than the way we have tried to do over the past 25 years for mental health.

I think there is a bit more attraction to that, and there is interest in the next competition of the Canadian Foundation for Innovation, CFI, to have a network like that, a group here in Montreal at McGill, a group in Toronto, a group at McMaster — because there is a very strong epidemiology there — and maybe a group now that we are in discussion with in Alberta or B.C. Maybe we need to have a network like that. I am pushing for that, to push the community to think that way, because at the end of the day, I am concerned that CFI and CIHR will go with the clinical research call that we have here for infrastructure. Maybe mental health will not be as competitive because the other guys will have gotten their act together.

Already, there are national cancer-type networks, there is a cardiovascular network and there is an epilepsy network. We need to make sure that we are there as well, and that we are willing to work together. It is challenging because it is my strong belief that we need to involve the patient community and the family. That is challenging, but I think we need to do that. Otherwise we will make meagre progress over the next few years.

**The Deputy Chairman:** Before I turn this over to the panel, Dr. Hoffman, the chemical manipulation of the brain, as best I can express it — and I admit I am an absolute amateur when I talk about this — but you have deep concerns about the use and abuse of therapeutic agents, drugs. On the other hand, I have heard from several witnesses that it is better to have a child cope in school than drop out, and if it takes a pill to do that, give the child the pill.

Again, my concern is that an awful lot of the decision-making is on very soft data rather than hard chemical — and I will not repeat the list of tools, but it seems to me the tools are not being used enough, and I would like to hear what you have to say about that.

**Dr. Hoffman:** Again, I think your concerns about the scientific platform are very important. One reason why the information is so soft in the mental health field is in order to do research one has to define narrowly the population you are doing research on.

Let us say you are doing research on severe major depression in a young adult population. You have to make sure the people have that diagnosis and only that diagnosis. You have to know if there are two pathologies. You have to define very closely your population in order to do the research. When you treat people in the field, very few people fit into that narrow definition. You are doing research on a drug which will show — almost all the antidepressant drugs show some effect, but not a huge effect. You

Ensuite, il faut identifier la famille : il se pourrait qu'il y ait eu enrichissement d'un gène, auquel cas on a recours aux études phénotypiques, puis aux études sur l'animal, en utilisant du matériel transgénique, et toutes ces données sont mises ensuite à contribution, mais d'une façon différente de celle qu'on applique depuis 25 ans à la santé mentale.

Ce modèle me semble plus intéressant et on envisage, dans le cadre du prochain concours de la Fondation canadienne de l'innovation, d'établir un réseau avec un groupe à l'Université McGill de Montréal, un groupe à Toronto, un groupe à McMaster — parce que les données épidémiologiques sont très solides — et peut-être un groupe avec l'Alberta ou la Colombie-Britannique; c'est ce dont on discute actuellement. Peut-être nous faudrait-il un réseau comme celui-là. J'en fais la promotion et j'invite le milieu médical à raisonner de cette façon, car en définitive, je crains que la Fondation canadienne pour l'innovation et les IRSC pensent en priorité aux besoins en infrastructures de la recherche clinique. La recherche en santé mentale risque d'être moins concurrentielle, car les autres secteurs auront déjà obtenu gain de cause.

Il existe déjà des réseaux nationaux comme celui du cancer; il y en a un pour les maladies cardiovasculaires et un autre pour l'épilepsie. Nous devons affirmer nous aussi notre présence et montrer que nous sommes prêts à travailler ensemble. C'est un défi à relever, car je suis convaincu qu'il faut faire intervenir la communauté des patients et les familles. C'est un défi, mais je pense qu'il faut le relever. Autrement, nous risquons de ne pas progresser beaucoup au cours des prochaines années.

**Le vice-président :** Avant de donner la parole aux membres du comité, docteur Hoffman, parlons de manipulation chimique du cerveau, si je peux m'exprimer ainsi — et je dois admettre que je suis totalement profane en la matière — mais vous vous préoccupez gravement de l'utilisation abusive des agents thérapeutiques, des médicaments. En revanche, plusieurs témoins nous disent qu'il est préférable de permettre à un enfant de suivre en classe plutôt que de décrocher et que, s'il a besoin d'une pilule pour suivre en classe, il faut la lui donner.

Encore une fois, je crains qu'on ne prenne des décisions sur des données très molles, et non sur des connaissances scientifiques très solides en chimie — et je n'ai pas besoin de revenir sur la liste des outils, mais il me semble qu'on ne sert pas suffisamment de ces outils, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Le Dr Hoffman :** Vos préoccupations concernant la plate-forme scientifique sont fondamentales. Si l'information manque à ce point de solidité dans le domaine de la santé mentale, c'est notamment parce que pour faire de la recherche, il faut définir précisément la population à laquelle on s'intéresse.

Supposons que vous faites de la recherche sur la dépression grave dans une population de jeunes adultes. Vous devrez vérifier si vos patients ont reçu ce diagnostic, et uniquement celui-là. Vous devrez établir si deux pathologies sont présentes chez eux. Vous devrez définir très précisément votre population cible avant de faire de la recherche. Les patients dans ce domaine correspondent très rarement à cette définition étroite. Vous faites de la recherche sur un médicament pour montrer — presque tous les



get 65 per cent, 70 per cent or 75 per cent reduction of 50 per cent of symptoms. You do not show a huge effect on a very narrowly defined population.

Then when you deal with a real person who does not fit that definition, does the research apply at all these conditions? How do you know when to give medication? We do give medication. I give medication to students fairly frequently, but only after extensive evaluation: after extensively looking at what is going on in their lives, what other things are contributing and what other things they may respond to. The issue is: how do we develop the research that shows how we should treat your typical person, not your research subject? There is a large difference in the mental health field between the two. Unless you are able to define things more closely, the information will always be soft.

I agree with my colleague here: One needs to start with the community and see what problems are out there, and how to break them down. I do not mean break them down simplistically. I am not saying we have to define the person as this problem and then simply treat them. We have to look at a broader range of the combined treatments that tend to work. What does the average person deal with, what are the problems the practitioners are seeing and what tends to respond better? We need to do more research in that area.

**Senator Pépin:** When you stress the importance of good relationships between youth, their parents, grandparents, and the family, I think this is very important. We wonder why so many youth are disturbed, and find out, as you stressed, that there are a lack of good relationships now.

Also, you speak about the percentage of students that you see at the university who are not well, and you said it may be 15 per cent. We know we need to identify them when they are very young. Also, we said that maybe the GP or whoever sees them when they are very young might not see it. First, I think we need better training for a medical doctor. Could you specify the minimum it will take to get a good education in that field, because I think it is important? I remember, as an old nurse, we used to do three months training at Saint-Jean-de-Dieu: It was mandatory. If we see the way they want to organize the mental health system, they say that more and more it will be the GP who will be the first person to welcome any patient, so they will need specific training. What do you think is the minimum?

Also, as Dr. Quirion mentioned, you say that students were getting the wrong medication. A previous presenter told us about the importance of having medication at an early age because they

antidépresseurs ont un certain effet, mais il n'est pas énorme. On obtient une réduction de 65, 70 ou 75 p. 100 de la moitié des symptômes. On ne peut pas établir un effet considérable sur une population définie de façon très précise.

Ensuite, si vous traitez un patient qui ne correspond pas à cette définition, la recherche s'applique-t-elle à tous les symptômes observés? Comment savoir quand il faut prescrire un médicament? Nous en prescrivons. Je prescris assez souvent des médicaments à des étudiants, mais uniquement après une évaluation approfondie, après m'être renseigné sur leur expérience de vie, sur tout ce qui a pu contribuer à leurs difficultés, et sur les autres formes de traitement auxquelles ils pourraient réagir. La question est de savoir comment élaborer une recherche indiquant comment il faut traiter un cas particulier, et non pas un sujet de recherche. Dans le domaine de la santé mentale, il y a une différence considérable entre les deux.    moins qu'on ne parvienne à des définitions plus précises, l'information manquera toujours de solidité.

Je suis d'accord avec mon collègue : il faut commencer dans la communauté et voir les problèmes qui s'y posent, avant de déterminer quelle est la meilleure façon de les aborder. Je ne parle pas les aborder de façon simpliste. Je ne veux pas dire qu'il faut définir la personne en fonction de son problème, qu'il suffira de traiter par la suite. Il faut considérer une gamme plus vaste de traitements combinés qui donnent de bons résultats.    quoi se trouve confronté le patient ordinaire, quels sont les problèmes observés par les médecins et quels sont les traitements qui donnent les meilleurs résultats? Il faut poursuivre les recherches dans ce domaine.

**Le sénateur Pépin :** Quand vous insistez sur l'importance des bonnes relations entre les jeunes, leurs parents, leurs grands-parents et les membres de la famille, vous dites des choses très importantes. On se demande pourquoi tant de jeunes sont perturbés et on constate, comme vous l'avez dit, un manque de relations positives.

Vous dites aussi qu'il y avait 15 p. 100 d'étudiants qui ne se sentent pas bien et qui viennent vous consulter à l'université. Nous savons qu'il faut les identifier quand ils sont très jeunes. Nous avons dit également que leurs difficultés risquent d'échapper aux généralistes ou aux médecins qui s'occupent d'eux. Tout d'abord, je pense qu'il faudrait améliorer la formation du corps médical. Pourriez-vous préciser le niveau minimum qui devrait être atteint pour assurer une bonne formation dans ce domaine? J'étais autrefois infirmier et je me souviens que nous devions suivre une formation de trois mois à Saint-Jean-de-Dieu. C'était obligatoire.    en juger par la façon dont on veut organiser le système de santé mentale, il semble que ce soit de plus en plus souvent un généraliste qui accueille le patient pour la première fois; il a donc besoin d'une formation spécifique.    votre avis, quel devrait en être le niveau minimum?

Par ailleurs, comme l'a dit le Dr Quirion, certains étudiants ne reçoivent pas le bon médicament. Un témoin précédent nous a parl   de l'importance d'une administration précoce du



are able to cope and go to school, et cetera. I listened carefully to your presentation. Perhaps you could expand on that point.

**Dr. Hoffman:** There is a big difference between how we treat the most severe people who present in hospital, who fit clearly into major psychiatric diagnoses, and how we treat the average person who is distressed. The research applies to the most severe cases. If you have an extremely depressed child or adolescent who has gone through extensive evaluation, or someone with psychotic symptoms, the medication is effective and often extremely useful.

However, this effectiveness does not apply to the majority of children and adolescents who are distressed. You have to differentiate what population you are talking about. The people who work within a hospital setting, within an inpatient setting, see one population that is a small percentage of youngsters and youth who are troubled. However, the research does not tend to differentiate — and that gets back into training, and the kind of training we do.

Right now at McGill University Medical School, when students have a lecture on psychiatry, they are lectured on Axis I diagnoses. They are given a lecture on major depression and they are told, “These are the symptoms, this is the neurology, and this is the treatment.” When they talk about anxiety disorders, they are told, “This is the symptom, this is the neurology and this is the medication you give.”

If we want a client-centred approach, we need to start with medical students, counselling students and psychologists to move away from a system where we are teaching the most simplistic cookbook method, and teach them a client-centred approach. If we do not start with the roots, we are not going to change the system.

**Senator Pépin:** I read the presentation of Mr. Philippe Couillard, Minister of Health and Social Services in Quebec, regarding the new system that he is trying to apply. Again, all patients will be directed to, let us say, one place such as the Centres locaux de services communautaires, CLSC, and it will be GPs, nurses and psychologists who will welcome them —

**Dr. Hoffman:** Yes, right.

**Senator Pépin:** — and decide where they should —

**Dr. Hoffman:** A large part of the problem is that doctors are trained in what we call the “medical model.” The medical model says you have a patient and you do an examination. From there you note certain symptoms, the symptoms imply a diagnosis, a diagnosis implies ideology and ideology implies prognosis and treatment. The DSM is not a medical-model diagnostic manual. Major depression does not exist; it is a description. It is not a disease entity but our doctors are taught that it is. Because this is the way they are trained, they will stick it into the medical model.

médicament pour que l'enfant puisse faire des études normales, etc. J'ai écouté votre exposé avec attention. Peut-être pourriez-vous nous donner quelques précisions à ce sujet.

**Le Dr Hoffman :** Il existe une grande différence entre les traitements qui sont administrés aux personnes qui se présentent à l'hôpital et qui souffrent de troubles graves pour lesquels le diagnostic psychiatrique est clair et ceux qui sont administrés aux personnes qui sont simplement angoissées. Les résultats des recherches s'appliquent dans les cas les plus graves. Dans le cas d'enfants ou d'adolescents extrêmement déprimés qui ont subi des évaluations exhaustives ou des personnes ayant des symptômes de psychose, le médicament est efficace et souvent extrêmement utile.

Par contre, on ne peut pas dire qu'il est aussi efficace pour la majorité d'enfants et d'adolescents en détresse. Il faut bien définir la population ciblée. Les spécialistes qui travaillent en milieu hospitalier sont en contact avec une population qui représente qu'un petit pourcentage des jeunes en détresse. En dépit de cela on a tendance à ne pas faire la différence dans le cadre des recherches — ce qui revient à la formation, et au type de formation dispensée.

Actuellement, à la Faculté de médecine de l'Université McGill, quand les étudiants suivent un cours en psychiatrie, on leur explique comment diagnostiquer les troubles de l'axe I. Quand on leur enseigne ce qu'est la dépression grave, on leur dit « voici les symptômes, voici les caractéristiques neurologiques et voici le traitement ». Quand on leur explique ce que sont les troubles anxieux, on leur dit « voici les symptômes, voici les caractéristiques neurologiques et voici le médicament qu'il faut donner ».

Si nous voulons véritablement une approche axée sur le client, il va falloir qu'on prenne comme point de départ les étudiants en médecine et en counselling ainsi que les psychologues et qu'on remplace la méthode actuelle qui consiste à enseigner des recettes toutes faites par une approche axée sur le client. Si on veut vraiment changer le système, il faut qu'on s'attaque à ces fondements.

**Le sénateur Pépin :** J'ai lu l'exposé de M. Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux au Québec, sur le nouveau système qu'il essaie de mettre en œuvre. Les Centres locaux de services communautaires, soit les CLSC, serviraient de premier point de contact avec l'ensemble des patients. On y trouverait des médecins généralistes, des infirmiers et des psychologues qui accueilleraient...

**Le Dr Hoffman :** Oui, c'est bien ça.

**Le sénateur Pépin :** ... et décideraient où ils devraient...

**Le Dr Hoffman :** Une grande partie du problème, c'est qu'on forme les médecins en fonction du « modèle médical » qui veut que quand un patient consulte un médecin, ce dernier procède à un examen. Il faut prendre en note les symptômes, symptômes qui mènent à un diagnostic, diagnostic qui émane d'une certaine idéologie, idéologie qui mène à un pronostic et à un traitement. Le manuel des troubles mentaux DSM n'est pas un manuel de diagnostics fondé sur le modèle médical. La dépression grave n'existe pas; c'est une description. Il ne s'agit pas d'une maladie



They will say, "You have major depression, I give you 'X' treatment." The research shows medication and different kinds of therapy all have roughly the same results if you look at the research.

According to the HRGP, they are all the same, so you might as well give any of them, right? The easiest treatment is to give the prescription.

It is not what the research showed. The research showed that people are different and respond to different things. For one person medication may be most useful, and for another person cardiotherapy may be more useful. For another person, psychodynamic therapy may be more useful. We have to treat people individually. We have to train people, and ask what the minimum is. We need to start with the basics. We should start teaching about people, and not teaching the diagnoses. We should teach students that DSM is a guide and not a list of disease entities. Unless doctors, psychologists, counsellors and nurses understand that, the system is not going to change.

[Translation]

**Senator Gill:** Dr. Hoffman, you have an advantage in that your system is customized for McGill University clients; fortunate people like yourself in this country are, generally speaking, few and far between.

First, I would like to ask you why you find yourself in such a privileged position? And what results have you obtained because you have more human resources? That is my first question, and I would like to ask you another one later on.

[English]

**Dr. Hoffman:** We are in a position where McGill student services are funded directly by the students, so that our budget is fixed every year depending on the students' desire to increase services. Students always want the best services, and are willing to pay for it. Though we are funded partially by the public system, when I see somebody, we bill medicare, but we are also partially funded — all our administration and psychologists — by the students directly.

[Translation]

**Senator Gill:** In other words, it is a priority which was set out for this sector in your institution. You are earmarking part of your budget for this sector, and in fact, this has not been done by government. Is this an internal decision?

**Dr. Hoffman:** Yes.

mais c'est ce qu'on enseigne à nos médecins et comme c'est de cette façon qu'ils ont été formés, ils y appliqueront le modèle médical. Ils diront « Vous souffrez de dépression grave, je vais donc vous prescrire le traitement X. » D'après les recherches qui ont été menées dans ce domaine, les divers médicaments et thérapies produisent grosso modo les mêmes résultats.

D'après le HRGP, tous les traitements se valent, donc on peut choisir n'importe lequel, non? Et le traitement le plus facile, c'est l'ordonnance.

Mais ce n'est pas ce que les recherches ont démontré. En effet, les patients ne sont pas tous identiques et sont sensibles à différents traitements. Pour une personne X, les médicaments peuvent être la forme de traitement la plus efficace, alors que pour une personne Y cela pourrait être la cardiothérapie. Pour une personne Z, la thérapie psychodynamique pourrait elle, être la mieux adaptée. Il faut qu'on traite les gens au cas par cas. Il faut qu'on forme les professionnels et qu'on se demande quelles devraient être les normes minimales. Il faut commencer par le début en enseignant l'importance des patients, plutôt que les diagnostics. Il faudrait dire aux étudiants que le manuel DSM est un guide et non une liste de maladies. On ne pourra pas changer le système si les médecins, les psychologues, les conseillers et les infirmiers ne le comprennent pas.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Docteur Hoffman, vous êtes avantagé parce que vous avez dit que vous aviez un système adapté aux clients à l'Université McGill ; les personnes qui sont choyées comme vous, règle générale, il n'y en a pas beaucoup à travers le pays.

D'abord, je vous demanderais pourquoi êtes-vous dans cette situation privilégiée? Et quels résultats avez-vous obtenus en ayant plus de ressources humaines ? Ceci est ma première question et j'aurai ensuite une autre question pour vous.

[Traduction]

**Le Le Dr Hoffman :** Ce sont les étudiants qui financent directement les services offerts aux étudiants à l'Université McGill, ce qui veut dire que notre budget est établi chaque année en fonction des services que désirent les étudiants. D'ailleurs, les étudiants veulent toujours les meilleurs services disponibles et sont prêt à payer. Il est vrai que nous sommes financés en partie par le Trésor public, c'est-à-dire que c'est le système de soins de santé public qui rembourse mes consultations, mais ce sont les contributions directes des étudiants qui servent à payer nos coûts administratifs et nos psychologues.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Autrement dit, c'est une priorité qui a été adaptée à ce secteur dans votre institution. En fait, c'est une partie du budget que vous acceptez de donner à ce secteur et ce n'est pas, en fait, le gouvernement. Est-ce à l'interne que vous décidez de cela ?

**Le Dr Hoffman :** Oui.



**Senator Gill:** Perhaps we could continue this discussion, but indeed, I have a concern which is very similar to yours. I am not a scientist, I am a layman, but I find that our society often makes people sick, including the youth.

This is often due to the standards set in our society and broadcast by communications media, television, etc. It triggers a vicious cycle: people are sick, we make more drugs and we give them more.

I was asking a question in Charlottetown not so long ago. There is high unemployment, so we have to come up with formulas. People work less, so we have to do something, instead of creating jobs, you have to get to the root of the problem.

The same is true in terms of our values as a society. I come from an aboriginal or Indian world. I often think that our problems are caused by a culture that is diametrically opposed to ours and tries to overpower ours. At its root, this is not a mental problem, but it does lead to a string of mental problems when one society wants to impose itself on another.

You were saying that the family has broken down, that there is no family. As a result of commissions and committee reports, in general, recommendations are made. Often, however, there needs to be a legislative framework in place.

You mentioned drug advertisements, and creating a framework for advertising, marketing, etc. In general that type of thing would make people feel safer. Rules are also made to make people feel safer. In the end, we are feeding into the vicious cycle, even if we do not want to be. Do you understand?

This is my concern: What can we do to encourage people to get back to their roots and their points of reference?

[English]

**Dr. Hoffman:** It is a good question. Again, we need to define what problem we want to address. There is the problem of people with severe mental illness, and information that needs to be addressed there. Then there is the problem of the general population, and people who suffer on a daily basis, but may not fit into a mental illness. We need to provide the right information to the right people, and we need to define what problems we are addressing. A major problem in the mental health field is we deal with major illness on one hand but then try to apply that to everybody who comes into a GP's office. People become confused and are not sure what problem they are talking about. In looking at how medication is marketed, are you marketing it for people with serious mental illness, or are you marketing it for the general population? How do we define things? What information do we have? How do we train people? We need

**Le sénateur Gill :** Peut-être pourrait-on continuer cette discussion, mais en fait, j'ai toujours la même préoccupation qui se rapproche énormément de la vôtre. Je ne suis pas un scientifique, je suis un profane, mais je trouve que notre société, souvent, rend les gens malades, y compris les jeunes.

Cette situation est souvent due aux standards que nous avons fixés dans la société en général, et des standards qui sont transmis par les moyens de communication, la télévision, et autres. C'est alors l'escalade qui s'enclenche : les gens sont malades, on fabrique plus de médicaments et on leur en donne davantage.

La question que je posais à Charlottetown il n'y a pas longtemps : On a beaucoup de chômage, donc il faut faire des formules. Les gens travaillent moins, alors il faut faire quelque chose, au lieu de créer de l'emploi, il faut aller à la source, et ainsi de suite.

C'est la même chose dans les valeurs de notre société. Moi, je viens du monde autochtone, du monde Indien. Alors, je pense que nos problèmes sont souvent causés par une culture tout à fait différente qui essaie de s'imposer à la nôtre. À la source, ce n'est pas un problème mental, mais cela devient des problèmes mentaux car c'est une société qui veut s'imposer à l'autre.

En fait, vous disiez que la famille est éclatée, alors il n'y a plus de famille. À la suite de nos rapports, règle générale, le résultat des commissions d'enquête et des comités, des recommandations sont faites. Mais souvent, il y a un besoin d'encadrement par des lois.

Par exemple, vous parliez de la publicité sur les médicaments, encadrez un peu la publicité, le marketing, et ainsi de suite. Si on fait cela, en général, cela sécurise les gens. Quand on fait des règles, c'est aussi pour se sécuriser. Alors, on continue à faire de l'escalade, même si on ne veut pas en faire. Vous comprenez ?

Ma préoccupation est celle-ci : comment, en fait, faire les choses de façon à encourager les gens à revenir aux sources et à des bonnes références ?

[Traduction]

**Le Dr Hoffman :** C'est une bonne question. Encore une fois, il faut qu'on définisse le problème auquel on veut s'attaquer. Il y a le problème des personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et la problématique de l'information. Ensuite, il y a le problème de la population en général, des personnes qui souffrent quotidiennement mais qui ne sont pas atteintes d'un trouble mental à proprement parler. Il faut qu'on donne les informations pertinentes à toutes les personnes visées et qu'on identifie les problèmes qu'on vise. En santé mentale, un de nos gros problèmes, c'est qu'on traite des cas de maladies graves d'une part et d'autre part on essaie de prescrire le même traitement à tous les patients qui consultent leur médecin de famille. C'est là que la situation demeure confuse et qu'on ne sait plus exactement de quel problème on parle. Par exemple, pour ce qui est de la commercialisation des médicaments, il faut savoir si les personnes



to address all these issues and get them across to the practitioners and the public in a way that makes sense.

**The Deputy Chairman:** Senator Callbeck, by the way, is a former Minister of Health and a former Premier of Prince Edward Island.

**Senator Callbeck:** Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Hoffman, continuing on with the discussion about drugs, you mentioned that drug companies spend more on marketing than research, and some of these costly new drugs are not superior to some of our old, less costly drugs. You suggested setting up an industry-financed government board. One of the things you said it would do is put emphasis on the pharmaceutical industry to produce more effective drugs rather than more marketable drugs. How would that board do that?

**Dr. Hoffman:** One thing that is clear, if you look at the way things are marketed — and it is worse in the States where companies market more directly to the public — a drug company will look for a new niche, right?

**Senator Callbeck:** Yes.

**Dr. Hoffman:** For example, a company might say, « Social and value disorder has not been tackled yet: Let's do a study on our drug for this niche and see how it fits in, and then we market our drug at the first indication for this. » It is inappropriate.

**Senator Callbeck:** How?

**Dr. Hoffman:** This particular drug is not better for social and value disorder than a bunch of other drugs. If the pharmaceutical industry was obliged to submit their research to a government board, a board with qualified people sitting on it, that board could then look at the research and say what this research means, who it applies to, and what information should we then give out to the public and to the medical profession?

We need to do studies. We need to say, "Yes, they say that they get these results, but these results do not really differ that much from this other result."

We then say, "These drugs seem to work in this way, for this indication," but when you look at the other drug that has been around for 10 years, we find it works the same way. Our recommendation is to give the majority of patients this old drug because it is cheaper and just as effective but for these particular conditions, you give this drug."

visées sont celles qui souffrent de troubles mentaux graves ou plutôt la population en général. Comment les choses sont-elles définies? De quelles informations bénéficie-t-on? Comment les professionnels sont-ils formés? Il faut qu'on réponde à toutes ces questions et qu'on transmette ces informations de façon logique aux praticiens et au public.

**Le vice-président :** En passant, le sénateur Callbeck est un ancien ministre de la santé et premier ministre de la province de l'Île-du-Prince-Édouard.

**Le sénateur Callbeck :** Merci, monsieur le président.

Docteur Hoffman, pour revenir à ce qu'on disait sur les médicaments, vous avez mentionné que les compagnies pharmaceutiques affectent plus de fonds à la commercialisation qu'aux recherches et que certains des nouveaux médicaments coûteux ne sont pas meilleurs que certains vieux médicaments moins chers. Vous avez suggéré qu'un conseil gouvernemental financé par le secteur soit mis en place. Cela permettrait, entre autre, d'inciter des compagnies pharmaceutiques à créer des médicaments plus efficaces plutôt que plus facilement commercialisés. Comment le conseil y arriverait-il?

**Le Le Dr Hoffman :** Ce qui est certain, quand on s'intéresse à la commercialisation des médicaments — la situation est pire aux États-Unis car les compagnies pharmaceutiques ont un accès plus direct à la population — ce que font les compagnies, c'est qu'elles essaient de trouver un créneau, n'est-ce pas?

**Le sénateur Callbeck :** Oui.

**Le Le Dr Hoffman :** Par exemple, les directeurs d'une société pharmaceutique quelconque pourraient se dire que les troubles sociaux et de valeur n'ayant pas été étudiés, il serait intéressant d'examiner comment la population cible réagirait par rapport à leurs médicaments, qui seraient commercialisés au moment opportun. C'est inapproprié.

**Le sénateur Callbeck :** Pourquoi?

**Le Le Dr Hoffman :** Parce que le médicament en question ne permet pas de traiter les troubles sociaux et de valeur de façon plus efficace que bien d'autres médicaments. Si les compagnies pharmaceutiques étaient obligées de faire approuver leurs recherches par un conseil gouvernemental, qui regrouperait des professionnels compétents, le conseil pourrait déterminer la portée des recherches, déterminer à qui elles s'appliquent et quelles informations devraient être données au public et aux professionnels de la santé.

Il faut que nous menions des études scientifiques. Il faut qu'on puisse dire, le cas échéant « La compagnie pharmaceutique X prétend avoir obtenu les résultats Y, mais ces résultats ne sont pas vraiment différents de tels autres résultats ».

On dirait alors « Tel médicament a tel effet et traite tel trouble, mais quand on compare ce médicament à celui qui existe depuis 10 ans, on se rend compte que les deux agissent de la même façon. Nous recommandons donc que le vieux médicament soit donné à la majorité des patients parce qu'il coûte moins cher que les nouveaux et qu'il est tout aussi efficace pour tel ou tel trouble. C'est ce médicament qu'il vous faut prescrire ».



**Senator Callbeck:** This board would look at the studies of that particular drug company?

**Dr. Hoffman:** The board would look at studies in the general literature, other studies that have been done for a certain condition, and try to discuss and describe what may be the most appropriate treatment. This approach is instead of being industry-driven, where the company that markets the most gets the most sales. This does not necessarily lead to best medicine.

**Senator Callbeck:** No, I agree with you. On the first page — and Senator Gill asked about this — universities have the ability to provide the proper mental health services, and you talked about McGill University and the University of Toronto. You said the students pay for this?

**Dr. Hoffman:** Yes.

**Senator Callbeck:** Every year when they register they pay so much?

**Dr. Hoffman:** There is a student service fee that every student pays each term.

**Senator Callbeck:** How much, roughly, is that, for the mental health —

**Dr. Hoffman:** The fee now for McGill is about \$300 per term. That is a flat fee that pays for athletics and all student services across the board.

**Senator Callbeck:** Are the universities looking at doing this?

**Dr. Hoffman:** All universities have some form of counselling services; some have more, some have less, some may have restrictions, some may limit the number of sessions and some are more open-ended. All universities have these services. It is a question of what degree of service they wish to provide.

**Senator Callbeck:** On another question, you talked about the relationship between children, parents and extended family, and how these relationships are weakening. You stressed the importance of strong mentoring relationships and the need to help families. Do you have any suggestions or any concrete ways that you can give the committee as to how that might be done?

**Dr. Hoffman:** We need to provide low-income families with support. We need to have school systems where the teacher-to-student ratio is small enough that teachers know their kids. We do not need to do a depression screening in a school if a teacher knows their kids. They will know which kids are troubled. When the families are under stress, we need to find them relief. We need therapeutic daycare for high-risk families, where the parent can come in and get support and counselling with their kids. We can do many different kinds of programs to strengthen the families that are most vulnerable in our society. I

**Le sénateur Callbeck :** Le conseil examinerait les études effectuées par la compagnie pharmaceutique en question?

**Le Dr Hoffman :** Le conseil s'intéresserait aux études en général ainsi que les études portant sur un trouble en particulier pour déterminer et décrire le traitement le plus approprié. Cette approche remplacerait l'approche contrôlée par l'industrie qui veut que la compagnie qui fait le plus de marketing vende le plus de produits, ce qui ne permet pas nécessairement de mettre l'accent sur la qualité de la médecine.

**Le sénateur Callbeck :** Vous avez raison. À la première page, comme le sénateur Gill l'a déjà mentionné, on dit que les universités sont en mesure d'assurer la prestation de services de santé mentale adéquats. Vous avez mentionné l'Université McGill et l'Université de Toronto. Vous avez dit que c'étaient les étudiants qui payaient pour ces services?

**Le Dr Hoffman :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** Chaque année, au moment de s'inscrire, ils paient un montant déterminé?

**Le Dr Hoffman :** Il y a des frais pour les services aux étudiants que tous les étudiants doivent payer chaque trimestre.

**Le sénateur Callbeck :** Combien cela représente-t-il, grosso modo, pour la santé mentale...

**Le Dr Hoffman :** À McGill, ces frais s'élèvent à quelque 300 dollars par trimestre. Il s'agit d'un forfait pour les installations sportives et l'ensemble des services destinés aux étudiants.

**Le sénateur Callbeck :** A-t-on l'intention d'adopter un tel système dans les autres universités?

**Le Dr Hoffman :** Toutes les universités offrent des services de counselling quelconques; certaines en ont plus, d'autres moins. Il peut également y avoir des restrictions, par exemple au niveau du nombre de séances permises. Et enfin, les services peuvent être plus ou moins ouverts. Mais l'ensemble des universités offre ce genre de services, c'est l'importance qui y est accordée qui diffère d'une université à l'autre.

**Le sénateur Callbeck :** Pour passer à une autre question, vous avez parlé des relations entre les enfants, leurs parents et leur famille étendue. Vous avez indiqué que ces rapports faiblissent. Vous avez mis l'accent sur l'importance des bonnes relations de mentorat et sur le fait qu'il faut venir en aide aux familles. Concrètement, comment pensez-vous qu'on peut y arriver?

**Le Dr Hoffman :** De plusieurs façons. En venant en aide aux familles à faible revenu, en diminuant le nombre d'élèves par classe pour que les enseignants aient le temps de connaître leurs élèves. Parce que si les enseignants connaissent leurs élèves, alors il est inutile de faire un test de dépistage de dépression. Les professeurs sauront qui a des problèmes. De plus, lorsque les familles sont stressées, il faut pouvoir leur venir en aide. Il faut que nous offrions des services de garderie thérapeutiques pour les familles à haut risque ce qui mettrait à la disposition des parents des services d'aide et de counselling pour leurs enfants. Il y a



believe this would be the most cost-efficient way of improving the mental health of our country. Start with parents and families.

**The Deputy Chairman:** We will move on to Sister Lena in a second. Before we do, I think Rémi and Norm should have dinner together two or three nights as there is something really interesting here. You are talking about one of the best mental health delivery systems in the country, and it is a private delivery system, outside the public system.

**Dr. Quirion:** It is underfunded.

**The Deputy Chairman:** Yes, but the public system is underfunded.

It would be tremendously important if some kind of comparator could be established. I do not think we could establish a controlled study, but if there were a way of scientifically looking at the outcomes of this system, as opposed to the general system in the same age group, I think it could be tremendously interesting.

**Dr. Quirion:** Perhaps I could add one little thing here. Of course, it is the nature of the beast that you deal with, but overall, a lot of youth do extremely well, and they function very well. Here we focus on the ones that have trouble but maybe we should study those who have resilience, and why some of them perform extremely well. We always highlight the negative ones. If we were to highlight the positive ones, and the success stories, it would be fabulous. I have nieces and nephews that do extremely well, and they had divorce, and these kinds of things. Why do they do well? That could be a way also to move forward.

**The Deputy Chairman:** Senator Trenholme Counsell is a family physician, and, Dr. Hoffman, you have been having at her, so now she can have at you.

**Senator Trenholme Counsell:** These presentations this morning were dear to my heart, and certainly excellent, among the best. It is always dangerous to say the best, but among the best we have heard, and I thank you so much.

I have about four or five little points here: I am trying not to make it too long. It has been 20 years since I finished medical school. I think there has been great progress in mental health care, and I do not hear that very often. I would like to hear your opinions.

**Dr. Hoffman:** There has been tremendous progress in some areas and tremendous limiting resources in others. When I started to work in psychiatry, within the hospital setting not only were we providing good care for people who had more severe mental illnesses, but we were also providing care for the walking wounded: for the working man and woman and for the families. Right now in Montreal, there is a six-month to one-year waiting list to get an appointment with a psychiatrist in most of the

beaucoup de possibilités en matière de programmes qui renforcent les familles les plus vulnérables de notre société. À mon avis, ce serait la façon la plus efficace d'améliorer la santé mentale de notre population; commençons par les parents et les familles.

**Le vice-président :** Nous passerons à Sœur Lena dans une seconde. Mais avant, je pense que Rémi et Norm devraient dîner ensemble deux ou trois fois parce qu'ils s'intéressent à quelque chose de très intéressant, à savoir un des modèles de prestation de services en santé mentale les plus efficaces au pays, il s'agit d'un système privé, qui fonctionne indépendamment du système public.

**Le Dr Quirion :** Le système est sous-financé.

**Le vice-président :** D'accord, mais le système public est également sous-financé.

Si on pouvait comparer les deux systèmes, ce serait vraiment extraordinaire. Je ne pense pas qu'on puisse mener une étude contrôlée, mais s'il était possible d'étudier scientifiquement les résultats de ce système, et de les comparer aux résultats du système général pour une tranche d'âge définie, ce serait excessivement intéressant.

**Le Dr Quirion :** Permettez-moi d'ajouter une toute petite chose. Évidemment, cela va de soi, mais il faut quand même préciser qu'en général les jeunes se débrouillent très bien et se portent très bien. Nous nous intéressons aux jeunes qui souffrent de troubles divers, mais peut-être serait-il intéressant d'étudier les jeunes qui réussissent à s'adapter pour déterminer le pourquoi de la chose. On a toujours tendance à mettre l'accent sur les cas négatifs. Si nous pouvions au contraire nous intéresser aux cas positifs, aux réussites, ce serait fabuleux. J'ai moi-même des nièces et des neveux qui s'en sortent très bien en dépit d'un divorce et autres choses de ce genre. Une autre piste serait donc de déterminer pourquoi certains de ces jeunes s'en sortent si bien.

**Le vice-président :** Le sénateur Trenholme Counsell est médecin de famille, et vous avez eu votre tour, Le Dr Hoffman, alors maintenant c'est à son tour de poser les questions.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Les exposés de ce matin portaient sur quelque chose qui me tient à cœur, et ils étaient excellents, parmi les meilleurs. Il est toujours dangereux de dire les meilleurs, donc je m'en tiendrai à dire qu'ils étaient parmi les meilleurs, et je vous remercie.

J'aimerais soulever quatre ou cinq petits points et j'essayerai d'être brève. Cela fait maintenant 20 ans que j'ai terminé mes études en médecine. Je pense que de grands progrès ont été réalisés en santé mentale, mais ce n'est pas quelque chose qu'on entend souvent. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Le Dr Hoffman :** À certains égards, il y a en effet de remarquables progrès mais nous avons également été freinés par le manque flagrant de ressources. Quand j'ai commencé ma carrière en psychiatrie, non seulement prenions-nous soins des personnes qui souffraient de troubles mentaux graves dans nos hôpitaux, mais nous nous occupions également des personnes moins durement frappées, c'est-à-dire les hommes et les femmes qui étaient toujours en mesure de travailler ainsi que leur famille.



hospital systems. I saw a young man yesterday who had been at McGill. He moved back to Ottawa and he is on a waiting list, six months. While hospitals tend to focus —

**Senator Trenholme Counsell:** The waiting time.

**Dr. Hoffman:** — on treatment of the mentally ill, and they are making progress in that area, there are drugs that are better for certain, and there are programs that are better. Again, as the committee has seen, it is still not client-centred. Also, the average person who is feeling depressed in Montreal, and wants to see somebody, is not going to get in.

**Senator Trenholme Counsell:** This is a matter of services and waiting times in the whole system. The capacity and the ability are there. Would you agree that we can serve patients better because we know more and have better methods of treatment than we had 40 years ago?

**Dr. Hoffman:** We have better methods of treatment, but without the ability of care we are trying to apply those methods to the broad population.

**Senator Trenholme Counsell:** When I first worked, I was what I call a “self-travelling dietician.” Before I became a physician, I was a dietician. I went to all hospitals in New Brunswick and other institutions, including jails that did not have dieticians and the provincial hospital in Saint John. That was in the days when every patient had a tin plate, a tin cup and a spoon. It was incredibly horrible, so I could write a book about what I see as progress.

I want to ask you about the drug companies. I know whereof you speak, because I know one young psychologist whose work is mainly a liaison between physicians and drug companies, and teaching the physicians to use this checklist and who they ultimately expect to prescribe their medications. How much different is this than the drug companies who go regularly to physicians’ offices, and hold *soirées*, cocktail parties, and so on. I am not against this, but when I think of which arthritic medications I have prescribed, which hypertension medications, which birth control pills and so on, a lot of it was influenced by the drug companies. Is it worse when it comes to psychiatric care and psychiatric medications?

**Dr. Hoffman:** It is worse when the research does not indicate that these medications are particularly useful for problems that do not fit into a more narrow definition. When a person has a severe major depression that has been properly evaluated by seeing a person a couple of times and getting a good full evaluation, and the doctor gives medication, that is good medicine. When a person comes in and says, “I feel depressed,” and they are handed a prescription, that is bad medicine.

Actuellement, à Montréal, dans la plupart des hôpitaux, il faut attendre de six mois à un an avant de pouvoir consulter un psychiatre. Hier, j’ai vu un jeune homme qui a fait ses études à McGill. Il est retourné et est maintenant sur une liste d’attente, il devra attendre six mois. Alors que les hôpitaux mettent l’accent sur...

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Les temps d’attente.

**Le Dr Hoffman :** ... traitement des personnes atteintes de maladie mentale, et c’est vrai qu’il y a des progrès qui sont réalisés dans ce domaine, mais il faut comprendre que dans certains cas, ce sont les médicaments qui sont le plus efficace, mais que d’autres cas, les programmes seraient mieux adaptés. Encore une fois, comme l’a constaté le comité, le système n’est toujours pas axé sur le client. En plus de tout cela, le Montréalais moyen qui déprime et qui voudrait consulter un spécialiste n’y arrivera pas.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** C’est une question de service et de temps d’attente au sein du système en entier. La capacité est les compétences existent. Diriez-vous que nous pouvons maintenant mieux soigner les patients parce que nous en savons davantage et avons de meilleurs traitements qu’il y a 40 ans?

**Le Dr Hoffman :** Nous avons effectivement de meilleurs traitements, mais sans la capacité de prendre soin des gens, nous essayons d’appliquer les mêmes méthodes à la population en général.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Au départ, j’étais une diététicienne « ambulante ». En effet, avant de devenir médecin, j’étais diététiste. J’ai fait le tour de tous les hôpitaux au Nouveau-Brunswick ainsi que d’autres institutions, notamment des prisons où il n’y avait pas de diététicienne et l’hôpital provincial de St-Jean. À cette époque, chaque patient avait son assiette et son gobelet en fer blanc et sa cuillère. C’était tout à fait horrible, donc pour moi, les progrès réalisés sont énormes.

J’aimerais vous parler de compagnies pharmaceutiques. Celles dont vous parlez ne me sont pas étrangères, car je connais un jeune psychologue qui travaille principalement comme intermédiaire entre les médecins et les compagnies pharmaceutiques. Il montre aux médecins comment se servir d’une liste de contrôle pour déterminer à qui seront prescrits les médicaments en question. On est loin des représentants pharmaceutiques qui vont régulièrement rencontrer les médecins dans leur bureau, qui organisent des soirées, des cocktails, etc. Je ne suis pas contre, mais quand je pense aux médicaments contre l’arthrite ou l’hypertension, ou encore aux pilules anticonceptionnelles que j’ai pu prescrire, je sais que j’ai été beaucoup influencée par les compagnies pharmaceutiques. La situation est-elle pire pour les soins et les médicaments psychiatriques?

**Le Dr Hoffman :** La situation est pire quand on n’indique pas pour quel genre de trouble précis les médicaments sont efficaces. Quand une personne souffre de dépression grave qui a été identifiée après plusieurs consultations et une évaluation exhaustive suivie d’une ordonnance, on peut parler de médecine de qualité. Par contre, quand un patient va voir un médecin pour lui dire « je suis déprimé » et qu’on lui donne une ordonnance, on ne peut pas parler de médecine de qualité.



**Senator Trenholme Counsell:** It would be the same thing, though, if you were treating hypertension and you never bothered to find out what was causing the hypertension, you just kept —

**Dr. Hoffman:** That is right.

**Senator Trenholme Counsell:** — adding more pills, or changing them, or doing both.

I speak on the family a lot, and lately, many of my speeches have had the family meal in there. We did a study with Dr. Aurel Schofield from Dieppe of a high school where there had been some suicides, et cetera, and 61 per cent of the youth there said they felt alone with no one to talk to, and that was about 10 years ago.

I want to thank you for the things you said about family. It is remarkable to hear those things, and I think they are very true. I also think we will not go back to 75 years ago when we always had the big meal, we were always together on Saturday night and Sunday was family day. That is not going to happen. I think the main thing is communication amongst family members. Of course, all these toys — I wanted to talk to my daughter, which I do in almost every situation, but that is good, I think.

Is it correct that you see so many of your youth at university who do not feel they have the family behind them, or family with them?

**Dr. Hoffman:** Yes, I have heard that.

[Translation]

**Senator Pépin:** What leads them to believe that their family is no longer supporting them?

[English]

**Dr. Hoffman:** In the population we see, there seems to be a lot of anxiety in parents about how their children are going to achieve. The world is changing quickly, job markets are changing and opportunities are changing. Five years ago, electrical engineers were getting many job offers. Now, half the people who graduate cannot find jobs.

**Senator Trenholme Counsell:** Exactly.

**Dr. Hoffman:** All the shifts leave parents anxious. Parents then focus to a large extent on their kids' achievement. They take the kids to tutoring, they take them for all kinds of lessons, but apart from that they do not spend time with them. Our whole society is becoming achievement-product oriented. We are not raising children, we are raising products. We are raising marketable youth. That is the way the system is being oriented. If you raise a child with good self-esteem, who feels well connected, they are going to do well in life. If you raise a child with constant anxiety about their achievement, and how they will be marketable in the future, you will raise an insecure unhappy child.

**Le sénateur Trenholme-Counsell :** Ce serait toutefois la même chose si vous traitiez l'hypertension sans vous donner la peine de chercher ce qui la cause; vous ne feriez que...

**Le Dr Hoffman :** C'est exact.

**Le sénateur Trenholme-Counsell :** ...prescrire encore des médicaments, ou les changeriez, ou feriez les deux.

Je fais beaucoup de discours au sujet de la famille, et souvent, je parle des repas pris en famille. Avec le Dr Aurel Schofield de Dieppe, nous avons effectué une étude portant sur les élèves d'une école secondaire où il y avait eu des suicides et d'autres problèmes, et 61 p. 100 des étudiants sondés disaient se sentir seuls, sans personne à qui parler, et c'était il y a 10 ans.

Je tiens à vous remercier de vos propos sur la famille. C'était remarquable et très vrai. Cela dit, à mon avis, nous ne retournerons pas à la situation d'il y a 75 ans, où l'on prenait toujours un grand repas ensemble, où les gens étaient toujours ensemble le samedi soir et où le dimanche était réservé à la famille. Ça n'arrivera pas. L'essentiel, c'est que les membres de famille communiquent entre eux. Bien sûr, tous ces jouets — je voulais parler à ma fille, ce que je fais dans la plupart des situations, mais c'est bon, je crois.

Est-ce vrai que bon nombre des jeunes que vous voyez à l'université ne se sentent pas épaulés par leur famille ni même en rapport suivi avec elle?

**Le Dr Hoffman :** Oui, j'ai entendu cela.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Comment peuvent-ils penser que la famille ne les appuie pas ?

[Traduction]

**Le Dr Hoffman :** Dans les populations que nous suivons, les parents semblent très anxieux au sujet de leurs enfants, s'inquiètent de leurs chances de succès. Le monde évolue rapidement, ainsi que le marché de l'emploi et ses possibilités. Il y a cinq ans, les ingénieurs électriciens recevaient beaucoup d'offres d'emploi. Aujourd'hui, la moitié des diplômés ne trouvent pas de travail.

**Le sénateur Trenholme-Counsell :** Précisément.

**Le Dr Hoffman :** Toutes ces mutations sociales sont angoissantes pour les parents, et cela les mène à se concentrer sur le succès éventuel de leurs enfants. Ils les amènent chez des tuteurs, leur font suivre des cours de toutes sortes, mais à part cela, ne passent pas de temps avec eux. Notre société toute entière s'oriente vers le succès comme produit. Nous n'élevons pas des enfants mais des produits. Nous préparons les jeunes à se transformer plus tard en marchandises à vendre. C'est ainsi que le système est orienté. Si vous élevez un enfant de manière à lui donner l'estime de soi, à lui apprendre à créer des liens, alors il se débrouillera bien dans la vie. Si, en revanche, vous l'élevez de telle manière qu'il se sente constamment angoissé au sujet de ses chances de succès, de ses possibilités de bien se vendre, vous vous retrouverez avec un enfant malheureux et qui manque d'assurance.



**Senator Trenholme Counsell:** I wanted to ask about medical schools. To some extent they are getting a bad rap in these hearings. We talk about the fewer hours that medical students have to study psychiatry, but we do not take into account all the time that is given in the two-year rotation for family practice. I think maybe more should be put into this four-year curriculum.

After all, within our system, everybody who goes into family practice has a two-year program, and in that program there would be many of these things such as family counselling — it is a family-oriented kind of program. It is very different than when I did medical school. We had one course in third year on psychiatry, and then we had a month's rotation. It was not bad for the state of what was known then. However, I think we have to modify what we say about the medical curriculum, taking into full consideration the two-year family practice program and what they include there. In the four years, there is not much, but those people go in 50 different directions after that.

Every physician should have some of this sensitivity and knowledge, but we should look primarily at the family practice program and see how well it achieves that.

The youth at university versus the youth on the street: of course, the youth at university have achieved more. Let me give you a little anecdote. I am from a small village in New Brunswick. When I finished Grade 8 and went on to high school, there were five boys from that village. Of those boys, only two finished high school. Three dropped out; two became alcoholics, and one did not become an alcoholic and did okay. I am sure that at least two of those boys had learning disabilities, and we did not even know anything about it then.

If you compare the youth in university and the youth on the street, are there big differences? There is achievement in school, but I suppose you do not have the hard drugs. You do have hard drugs?

**Dr. Hoffman:** Yes.

**Senator Trenholme Counsell:** What are two or three of the main differences?

**Dr. Hoffman:** Again, I do not have research to back this up, but we see a population in which a lot of them are disturbed, but they tend to be bright and motivated. They tend to do well in treatment, and that is the advantage we have. Overall, we probably see a healthier population than out in the streets. They are well enough to get to university.

**Senator Trenholme Counsell:** To cope.

**Le sénateur Trenholme-Counsell :** Je voudrais vous poser des questions au sujet de la formation des médecins. Dans une certaine mesure, les médecins se sont fait injustement taper sur les doigts lors de nos audiences. On a parlé du nombre limité d'heures de formation consacrées à la psychiatrie, mais on n'a pas tenu compte des deux ans de rotation pendant lesquelles les aspirants médecins étudient longuement la médecine familiale. Je pense qu'il faudrait peut-être ajouter encore du temps à l'étude de ces sujets au cours du programme de quatre ans.

Après tout, dans notre système, tous ceux qui veulent devenir omnipraticien doivent suivre un programme de deux ans, qui compte de nombreux sujets tels que les services de conseils familiaux, car c'est un programme orienté vers la famille. C'était très différent à l'époque de mes propres études de médecine. En troisième année, nous suivions un cours de psychiatrie puis nous avions un mois de stage. Ce n'était pas mal, compte tenu des connaissances à l'époque. Toutefois, lorsqu'on parle de la formation des médecins, il faut tenir compte du programme de deux ans de médecine familiale et de son contenu. Ça n'est pas beaucoup en quatre ans, mais les diplômés vont ensuite se disperser dans toutes les directions.

Il est vrai que chaque médecin devrait être sensibilisé à ces choses et avoir acquis certaines connaissances, mais nous devrions d'abord voir si le programme de médecine familiale atteint en partie ses objectifs.

Au sujet des jeunes inscrits à l'université par opposition aux jeunes de la rue, bien sûr, les étudiants ont mieux réussi. Permettez-moi ici d'évoquer quelques faits. Je suis originaire d'un petit village du Nouveau-Brunswick. Lorsque j'ai commencé mes études secondaires, il y avait cinq garçons de mon village avec moi. Sur le nombre, seulement deux ont terminé leur secondaire, trois ont décroché, deux sont devenus alcooliques et un seul a réussi sans devenir alcoolique. Je suis persuadé qu'au moins deux de ces garçons souffraient d'un problème d'apprentissage scolaire dont nous ne savions rien à l'époque.

Maintenant, si vous comparez les jeunes étudiants de l'université et les jeunes de la rue, est-ce que vous voyez de grandes différences? Certes, le fait de rester aux études est en soi une forme de succès, et je suppose qu'il n'y a pas là de drogues dures. Y a-t-il des drogues dures?

**Le Dr Hoffman :** Oui, il y en a.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Quelles sont les principales différences?

**Le Dr Hoffman :** Encore une fois, je n'ai pas de résultats de recherche pour appuyer mes propos, mais dans ce groupe démographique, en général intelligent et motivé, il y a beaucoup de sujets souffrant de troubles affectifs. Ils réagissent toutefois bien au traitement, et voilà leur avantage. Dans l'ensemble, il s'agit d'une population probablement en meilleure santé que les jeunes de la rue. Ces étudiants sont assez bien pour aller à l'université.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Pour faire front.



**Dr. Hoffman:** To do well, and to cope: They are probably a healthier population, which, again, leaves me concerned, because we are seeing an increase in the stress in this population. Going back to your question, what does this mean about the youth who are not in university, and their mental health? I think that needs to be studied.

[Translation]

**Senator Pépin:** To follow up on Senator Trenholm Counsell's comments, we hear that an increasing number of young men are dropping out of school, compared to young women, they do not want to pursue their studies, and we have not yet figured out why. Dr. Hoffman and Dr. Quirion, do you have any idea why this is happening, and specifically in Quebec?

[English]

**Dr. Hoffman:** McGill right now is 64 per cent women. Looking at our stats this year, about 35 per cent of the women we saw came from divorced families. Of the men, only 10 per cent came from divorced families. Either boys from divorced families are not coming to see us, which is unlikely, or they are not getting into university.

**Senator Trenholme Counsell:** What percentage were from divorced families?

**Dr. Hoffman:** Ten per cent.

**Senator Trenholme Counsell:** Of girls?

**Dr. Hoffman:** Thirty per cent.

**Senator Trenholme Counsell:** Thirty per cent.

**Dr. Hoffman:** If you look at boys, they tend to be far more disorganized than girls. They do not work as hard. In my daughter's homework book, everything is filled in with stickers and pictures, and my son's homework book is empty. There is nothing written.

[Translation]

**Senator Gill:** Guys do not work as hard.

**Senator Pépin:** But that does not mean they should drop out of school.

[English]

**Dr. Hoffman:** For a boy who is in high school and living partly with one family and partly with the other family, his books are always going to be in the wrong house.

[Translation]

**Senator Pépin:** Youth suicide rates are alarming.

**Dr. Quirion:** We are working with Richard Tremblay and others on studies to that effect. We have the best studies in the world, longitudinal ones, and we are trying to understand why

**Le Dr Hoffman :** Pour réussir et faire front. Il s'agit d'une population probablement plus saine en général, mais je demeure tout de même préoccupé parce qu'elle souffre davantage de stress. Pour revenir toutefois à votre question au sujet des jeunes qui ne sont pas aux études et de leur santé mentale, et bien, à mon avis, il faut étudier leur situation.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Pour faire suite aux propos de madame le sénateur Trenholme Counsell, on dit que de plus en plus les jeunes hommes abandonnent l'école, ne veulent pas poursuivre leurs études, comparativement aux jeunes filles, et on ne sait pas encore quelle en est la raison. Est-ce que vous, docteurs Hoffman et Quirion, avez une idée pourquoi cette situation se produit, et ce particulièrement au Québec ?

[Traduction]

**Le Dr Hoffman :** À l'heure actuelle, à l'Université McGill, 64 p. 100 des étudiants sont des femmes. Si je me reporte aux données de cette année, 35 p. 100 de ces femmes sont des enfants du divorce. Chez les hommes, seulement 10 p. 100 d'entre eux viennent du même genre de familles. Par conséquent, soit les garçons de parents divorcés ne viennent pas nous voir, ce qui est peut probable, soit ils ne s'inscrivent pas à l'université.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Quel pourcentage des garçons venaient de familles éclatées?

**Le Dr Hoffman :** Dix pour cent.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Et des filles?

**Le Dr Hoffman :** Trente pour cent.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Trente pour cent.

**Le Dr Hoffman :** Les garçons ont tendance à être beaucoup moins organisés que les filles. Ils ne travaillent pas aussi fort non plus. Dans les cahiers scolaires de ma fille, tout est rempli de collants et d'illustrations, et le cahier scolaire de mon fils est vide. Il n'y a rien d'inscrit dedans.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Un gars, c'est moins travaillant.

**Le sénateur Pépin :** Mais il n'est pas obligé de lâcher l'école.

[Traduction]

**Le Dr Hoffman :** Un garçon à l'école secondaire qui vit en partie chez un parent, en partie chez l'autre, laissera toujours ses livres dans la maison où il n'est pas.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Le taux de suicide chez nos jeunes est très important.

**Le Dr Quirion :** Je crois que des études sont actuellement en cours avec Richard Tremblay et d'autres. Nous avons les meilleures études au monde, sur une longitudinale, pour essayer



young men are committing suicide and why alcohol and drug abuse is increasing. When they get to university, unfortunately, it is too late. It is already too late, steps had to be taken earlier.

**Senator Pépin:** You have to nip it in the bud.

**Dr. Quirion:** We do not yet have the right answers, but it has to be said that men's role in society has undergone rapid change, especially in Quebec. It was a very religious society, people had large families, and we have gone to the other extreme.

Men do not necessarily fit in, and they wonder where they might fit in. Perhaps people do not play sports as much as they used to, so it is difficult. There are however studies that were done by Mr. Tremblay and Mr. Michaël Feeney, which may lead to some answers.

**Senator Pépin:** That is so important.

[English]

**The Deputy Chairman:** We will hear from Sister Mangalam Lena now, who has been waiting patiently. Hers will be a slightly different presentation, but no doubt extremely interesting.

**Sister Mangalam Lena, Home-Based Spiritual Care:** Thank you, Senator Keon. I am honoured to be with you, and at the same time I am humbled. I am here because I believe that spiritual care has a great impact on mental health.

My name is Mangalam and I am a Franciscan Nun from Ottawa, originally from Sri Lanka. I am also a hospital chaplain and nurse. At the moment I am working with an organization called Home-based Spiritual Care.

Do you have a loved one, a parent, a friend, a child or a partner who is sick and lonely at home? Are you afraid that they may have to face sickness and helplessness alone, or do they like someone to visit with them, listen to them, journey with them and bring comfort, peace of mind and healing? Home-based Spiritual Care can help.

Home-based Spiritual Care is a non-profit organization. It is a pilot project whose mission is to provide spiritual care to persons who are confined to their homes due to illness, age, infirmity or loneliness, regardless of race, colour or creed. A qualified chaplain, through referral, provides the spiritual care. I take it for granted that all of us here know the difference between religion and spirituality.

Why Home-based Spiritual Care? In Ontario hospitals and other provincial institutions, spiritual care is a necessary function. However, there is currently no provision for spiritual care for home-care clients or for persons who have been de-institutionalized and returned to the community.

Palliative care is supported in provincial health care institutions through the chaplain's service, but there is no help for people living alone, dying at home and isolated from support

de comprendre pourquoi plus de jeunes hommes se suicident et pourquoi les taux d'alcoolisme et de consommateurs de drogues augmentent. Quand ils entrent à l'université, c'est dommage, mais il est trop tard. Il est déjà trop tard, il faut intervenir avant.

**Le sénateur Pépin :** Il faut les prendre tôt.

**Le Dr Quirion :** Nous n'avons pas de bonnes réponses encore, mais c'est certain que le rôle de l'homme dans la société a changé rapidement et surtout au Québec. C'était une société très religieuse, de grandes familles, et c'est passé complètement à l'extrême.

L'homme n'a pas nécessairement de place, il se demande où est sa place. Le sport est peut-être moins important qu'avant, donc c'est difficile. Il y a toutefois des études faites par M. Tremblay et M. Michael Feeney, qui apporteront peut-être certaines réponses à cette situation.

**Le sénateur Pépin :** C'est tellement important.

[Traduction]

**Le vice-président :** Nous allons maintenant entendre le témoignage de Sœur Mangalam Lena, qui nous a patiemment attendus. Son exposé sera légèrement différent, mais certainement très intéressant.

**Sœur Mangalam Lena, Home-Based Spiritual Care :** Je vous remercie, sénateur Keon. Je suis tout à fait honorée d'être parmi vous, et en même temps je ressens une grande humilité. Si je suis ici, c'est parce que je crois que les soins spirituels ont une grande incidence sur la santé mentale.

Je m'appelle Mangalam et je suis une religieuse franciscaine d'Ottawa, originaire du Sri Lanka. Je suis également aumônière hospitalière et infirmière. À l'heure actuelle, je collabore avec un organisme appelé Home-Based Spiritual Care.

Est-ce que l'un de vos proches, un parent, un ami, un enfant ou un partenaire est malade et se sent seul à la maison? Craignez-vous qu'il ou elle devra faire face à la maladie et à la détresse seul, ou est-ce qu'il ou elle aimerait qu'on lui rende visite, qu'on l'accompagne et lui apporte confort, paix et guérison? Le Home Based Spiritual Care peut vous aider.

Home-based Spiritual Care est un organisme sans but lucratif. Il s'agit d'un projet pilote, dont la mission est d'offrir des soins spirituels aux personnes confinées chez elles en raison de leur âge, d'infirmités ou de solitude, quelles que soient leur race, leur couleur ou leur foi. Par voie de recommandation, un aumônier qualifié fournira les soins en question. Je pense que tous les gens ici présents savent distinguer entre la religion et la spiritualité.

Pourquoi Home-based Spiritual Care existe-t-il? Dans les hôpitaux et les autres établissements provinciaux, les soins spirituels forment un élément nécessaire. Toutefois, à l'heure actuelle, il n'existe aucun service de ce genre destiné aux clients à domicile, ou aux personnes qui ont reçu leur congé d'un établissement et qui sont retournées dans la société.

Les soins palliatifs sont offerts dans les établissements de soins provinciaux par l'entremise des services d'aumônerie, mais rien de cela n'est fourni aux gens vivant seuls, en phase terminale et isolés

groups. Home-based Spiritual Care was established to fill this void. We know that spiritual care is a vital component of holistic health care, which addresses the complete person, giving attention to the physical, mental, emotional and spiritual needs. Spiritual care is important to both people of faith and people who profess no faith. Although churches provide care to their members, many people who choose not to be connected with organized religion still need to deal with spiritual matters. Home-based Spiritual Care fulfils this need.

We provide spiritual support to persons discharged from hospitals or health care institutions, individuals cut off from communities, the lonely, the elderly, the families and caregivers who support them. We provide also a drop-in space for those who need someone to talk to. We also train spiritual companions to provide active listening, a compassionate heart and a healing presence. We also provide a safe environment for refugees and newcomers, the new immigrants, to collect with others and share their stories.

This is a new program we started last year. Immigrants themselves requested that when they come to Canada, there are organizations that provide material help: clothing, food and housing. However, there was no place where they could go one-on-one to share their stories. You are aware that many refugees or even immigrants have come from war-stricken countries and they come with "woundedness" and brokenness. When they come here, they appreciate all the help that Canada provides them, but they want to share their stories. They are uprooted from their community.

I can share a little bit of my experience, because I am an immigrant. When I came here I had a convent to go to, and my family was here. However, my mother emigrated to Canada 15 years ago, and she had a family and all the comfort, but she wanted to go back to Sri Lanka and die there. Journeying with my mother I felt what loneliness was and what uprootedness was. She was uprooted at the age of 70 to come here to continue her life. I have shared that with my mother: how difficult it was having all the comforts here, and starting a new life.

Journeying with these immigrants, we know that many of them from these war countries have seen atrocities, they have seen their loved ones killed and they have seen their mothers and sisters raped. In this new program, we see how creating a safe environment has brought them peace of mind and comfort.

Why provide spiritual and religious care? During an illness, the human spirit is attacked by discouragement, loneliness, grief, and perhaps a sense of a lost future. Consequently, hopes and values are questioned. Patients as well as families and staff need help to reflect on what is happening to them from a spiritual and religious perspective. Spiritual and religious care enables us to respond to

de groupes de soutien. Home-based Spiritual Care a été créé pour combler ce vide. Nous savons que les soins spirituels sont une composante essentielle des soins complets dont a besoin la personne humaine, des soins qui répondent aux besoins physiques, mentaux, émotionnels et spirituels. Les soins spirituels comptent à la fois pour ceux qui ont la foi et pour ceux qui n'en ont pas. Les églises en offrent à leurs fidèles, mais les nombreuses personnes qui ne tiennent pas à avoir de lien avec les religions établies ont quand même des besoins spirituels. Home-based Spiritual Care est là pour y répondre.

Nous fournissons un soutien spirituel à ceux et celles qui ont reçu leur congé d'hôpitaux ou d'autres établissements, aux gens qui sont isolés de leur milieu, aux gens abandonnés, aux personnes âgées, aux familles et aux aidants naturels qui s'occupent de ces dernières. Nous fournissons également une halte à ceux et celles qui ont besoin de parler à quelqu'un. Nous formons des compagnons spirituels qui sauront écouter activement nos clients, faire preuve de compassion, et dont la présence même aura des effets positifs. Nous fournissons enfin un lieu sûr pour les réfugiés et les nouveaux arrivants, les immigrants, afin qu'ils puissent y rencontrer des personnes à qui parler de leurs situations.

Il s'agit là d'un nouveau programme que nous avons lancé l'année dernière, à la demande des immigrants eux-mêmes. Lorsque ces derniers arrivent, des organisations les prennent en charge, leur fournissant vêtements, aliments et un toit où se loger. Toutefois, les immigrants ne disposent d'aucun lieu de rencontre où aller parler en tête-à-tête de leurs situations. Or, vous n'ignorez sans doute pas que de nombreux réfugiés ou même d'immigrants sont venus de pays ravagés par la guerre et arrivent ici blessés et brisés. Ils sont reconnaissants de toute l'aide fournie par le Canada, mais ils veulent parler de ce qui leur est arrivé. Ils ont été déracinés.

Je peux moi-même témoigner de cela car je suis immigrante. Lorsque je suis arrivée ici, j'étais attendue dans un couvent et ma famille était ici. Toutefois, lorsque ma mère est arrivée au Canada, il y a de cela 15 ans, elle a beau avoir été accueillie par sa famille et confortablement installée, elle voulait quand même retournée au Sri Lanka pour y mourir. Le fait d'accompagner ma mère m'a permis de comprendre la solitude et le déracinement. Elle a été déracinée à 70 ans pour venir ici continuer à vivre. J'ai appris de ma mère comme il était difficile de refaire sa vie malgré tout le confort ici.

Lorsqu'on fréquente ces immigrants, on apprend que bon nombre de ceux qui ont quitté des pays en proie à la guerre ont été témoins d'atrocités, ont vu leurs proches se faire tuer et leurs mères et leurs sœurs être violées. Grâce à ce nouveau programme, nous pouvons constater à quel point un lieu sûr leur a apporté de paix et de réconfort.

Pourquoi offrir des services spirituels et religieux? Lorsqu'on est malade, l'esprit est en proie à l'abattement, à la solitude, au chagrin et peut-être aussi le sentiment d'avoir un avenir fermé. Cela remet donc en question l'espoir et les valeurs de la vie. Les malades, leurs proches ont besoin de réfléchir à ce qui leur arrive sur le plan spirituel et religieux. Les soins spirituels et religieux



many existential issues such as origin and destiny, pain and suffering, life and death, hope and despair, trust and mistrust, freedom and bondage, separation and reconciliation, and meaning and meaninglessness.

One important task is to provide a setting for people to tell, in a personal way, and in the language of their everyday life, their life stories, their pain and suffering, their loss, their vision and values and the spirituality they have been living. It is to provide this sacred space. Those who come to us become more at ease and find peace of mind in knowing that they are accepted and can unburden themselves. They are grateful for the opportunity, and benefit from being in an accepting and welcoming environment. They re-gain self-confidence and self-esteem. These are the benefits of spiritual religious care on mental health.

Spiritual as well as religious care is vital to the ongoing recovery of those who have been released from hospital and other health care facilities back into the community. It is also a preventive factor and cost effective in that it contributes to reducing the re-institutionalization of those who are recovering from illness. It reduces stress and anxiety for the families.

Spiritual care is especially important for those persons who face questions of meaning and ultimate concern, but who have no previous history or association with the faith community. Spiritual health promotes physical and emotional health. A positive rippling effect will be felt not only on the immediate environment, but also on the well-being of the community.

Health care providers are increasingly acknowledging that spiritual care and healing are often forerunners to physical and emotional healing. Researchers have not been able to find a cause-and-effect relationship, but their findings are consistent with other studies that have shown that those who are spiritual are better able to cope.

Linda Bosh, a Duke University Sociology professor, pointed out that religious people have better support systems, which keep them healthier. The sense of meaning and kind of comfort that religious beliefs provide make them more resistant to stress, both physical and social.

Spiritual care prevents depression. You spoke about depression; people who suffer from depression and other mental illness need to have someone to whom they can talk to. You spoke about students being lonely; they need someone to journey with who offers active listening, a compassionate heart and a healing presence, and then to make them feel that they are important. Some people who come to visit us talk about their worries and problems, and when they leave they say, "Thank you, we feel much better." This is because we are given the time to listen to them and to make them feel important. We did not do anything much, just listen.

leur permettent de répondre à bien des questions qu'ils se posent, sur l'origine et la destinée humaine, sur la douleur et la souffrance, la vie et la mort, l'espoir et le désespoir, la confiance et la méfiance, la liberté et l'asservissement, la séparation et la réconciliation et, enfin, sur le sens et l'absence de sens.

L'une de nos tâches importantes est de fournir un cadre où les personnes pourront s'exprimer de manière personnelle, dans leur langage de tous les jours au sujet de leur souffrance, de leur perte, de leur conception des choses, de leurs valeurs et de leur spiritualité. Il s'agit de mettre cet espace sacré à leur disposition. Ceux qui viennent nous voir sont plus à l'aise et en paix de savoir qu'on les accepte et qu'ils peuvent se décharger le cœur. Ils sont reconnaissants de cette possibilité et bénéficient de se trouver dans un milieu accueillant, où on les accepte comme ils sont. Ils reprennent confiance en eux-mêmes et retrouvent leur estime de soi. Voilà les avantages pour la santé mentale des soins religieux et spirituels.

Les soutiens religieux et spirituels sont essentiels à la guérison de ceux et celles qui ont reçu leur congé de l'hôpital et d'autres établissements et se retrouvent de nouveau dans la collectivité. C'est aussi un facteur de prévention et c'est rentable, en ce sens qu'ils éliminent la réinstitutionnalisation des convalescents et réduisent le stress et l'anxiété des familles.

Les soutiens spirituels sont particulièrement importants pour ceux qui s'interrogent sur des sujets graves et préoccupants, mais qui n'ont pas de lien avec les groupes confessionnels. La santé spirituelle favorise la santé physique et affective. Elle aura des répercussions en cascade, non seulement sur le milieu immédiat mais sur le bien-être de la collectivité en général.

Les fournisseurs de soins de santé reconnaissent de plus en plus que les soutiens spirituels sont souvent des précurseurs de la guérison physique et affective. Les chercheurs n'ont pas réussi à établir un lien de cause à effet, mais leurs conclusions sont conformes à d'autres études qui ont montré que les personnes spirituelles peuvent mieux affronter leurs difficultés.

Linda Bosh, sociologue à l'Université Duke a fait valoir le fait que les croyants peuvent compter sur de meilleurs réseaux de soutien, ce qui les garde en meilleure santé. Le réconfort et le sens de la vie que procure la foi religieuse permet aux croyants de mieux résister au stress, tant physique que social.

Les soutiens spirituels préviennent la dépression. Vous avez parlé de dépression; or, ceux qui en souffrent, ou qui souffrent d'autres problèmes mentaux doivent avoir quelqu'un à qui parler. Vous avez parlé de la solitude des étudiants, du fait qu'ils ont besoin de l'écoute attentive de quelqu'un, de compassion et d'une présence agissante, du besoin qu'ils ont de se sentir valorisés. Parmi ceux et celles qui viennent nous voir, il y en a qui tiennent à nous parler de leurs préoccupations et de leurs problèmes, et après, ils nous en remercient et nous disent se sentir beaucoup mieux. Cela tient au fait que nous les avons écoutés, valorisés. Nous ne faisons pas grand chose à part écouter.

Mental health is not only for the elderly, the sick and the lonely. We all need it. The world today is becoming more and more void of spiritual values. If we aspire to build a better world, I think spirituality should be part of our human existence, and it will nourish our well-being and our mental health.

Having said that, and I am sure you may know this, there is a service called Home-based Spiritual Care, which is a pilot project. We had taken the step to provide this service because we find that the lonely and the isolated do not have spiritual care. They do not have someone to sit with them, listen to them, talk to them, and journey with them. That is the reason for which Home-based Spiritual Care exists. Our long-term vision is that spiritual care becomes part of the health care system, and also that it becomes part of home care.

A few years ago, the Ontario MultiFit organization submitted a proposal to the Ontario Ministry of Health to include the component of spiritual and religious care in the community care access centres, and recently I heard that nothing has been done. I propose to the committee that community care access centres provide services to the community, so spiritual care could be part of their services. The case manager does the need assessment and they could add spiritual assessment to the package.

Since we started this program, other provinces like British Columbia, New Brunswick and Quebec have requested we start this program in their provinces. There was an article in *Spirituality and Health* magazine about Home-based Spiritual Care, and we received many e-mails from the United States asking us to start a branch in the United States. We could be the pioneers in bringing this spiritual component into the health care system.

**The Deputy Chairman:** It is interesting that at the institutional level the issue of spirituality has pretty well been dealt with by chaplains and services, voluntary spiritual and religious services, and so forth. Of course, one of the big problems is, I think, we have not built our community centres, we have not built primary care integrated with community services, and so forth. We do not have the community centres we should have in Canada, and that, in my opinion, has to be the next big initiative in health care.

Sister Mangalam Lena has a problem in how to plug into this, but in Quebec there are the CLSCs and in Ontario there are the community care access centres that are going to be part of the community health services, I believe, in the future.

**Senator Trenholme Counsell:** I am touched and inspired to listen to you. Maybe I did not pay close enough attention but I was not sure whether you have had definite links in Quebec with the mental health clinics and with the mental health. Also, the same question applies to the palliative care hospice programs. Are you linked with these organizations, or are you more or less apart?

**Sister Lena:** Yes, palliative care has been recognized, and palliative care is not provided in the homes. Now, other purposes are to reach out to the lonely and to the isolated in the

La santé mentale n'est pas seulement bonne pour les personnes âgées, les malades et les délaissés. Nous en avons tous besoin. Le monde d'aujourd'hui est de plus en plus dénué de valeurs spirituelles. Si nous nous soucions de créer un monde meilleur, la spiritualité devrait faire partie de notre existence humaine, et elle favorisera d'ailleurs notre bien-être et notre santé mentale.

Cela dit, et vous savez sans doute qu'il existe un service tel que Home-based Spiritual Care, à l'état de projet pilote. Nous en avons pris l'initiative parce que les gens seuls et isolés ne reçoivent pas de soutiens spirituels. Ils n'ont personne pour les écouter, leur parler et les accompagner. C'est pour cela que Home-based Spiritual Care existe. À terme, nous aimerions que les soutiens spirituels fassent partie du système de santé et des soins à domicile.

Il y a quelques années, l'organisation MultiFit Ontario a présenté une proposition au ministère de la santé de l'Ontario pour qu'on offre des services spirituels et religieux dans les centres de soins communautaires, et récemment, j'ai appris que rien n'a été fait. Je propose donc à mon tour que les centres de soins communautaires offrent de tels services. À l'heure actuelle, le préposé à la clientèle s'occupe d'évaluer les besoins, or on pourrait ajouter les besoins spirituels à la liste.

Depuis que nous avons lancé ce programme, d'autres provinces, comme la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et le Québec ont demandé que nous l'offrions aussi chez elles. La revue *Spirituality and Health* a publié un article au sujet de notre organisme, et nous avons aussi reçu bon nombre de courriels des États-Unis nous priant d'ouvrir un chapitre chez notre voisin du sud. Nous pourrions bien être des pionniers des soutiens spirituels dans le système de santé.

**Le vice-président :** Il est intéressant de noter que dans les établissements, ce sont les aumôniers et les services bénévoles qui s'occupent de la spiritualité. Cela dit, l'un de nos graves problèmes à mon avis, c'est que nous ne nous sommes pas dotés de centres communautaires, que nous n'avons pas offert des soins primaires intégrés aux services communautaires, et le reste. Le Canada n'a pas les centres communautaires qu'il lui faut, et cela doit être notre prochaine initiative significative en matière de soins de santé.

Sœur Mangalam Lena a de la difficulté à intégrer ce genre de services, mais au Québec il existe les CLSC et en Ontario les centres d'accès aux soins communautaires qui feront partie des services de santé communautaires, je crois, à l'avenir.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Vos propos m'ont touchée et inspirée. Je n'ai peut-être pas prêté suffisamment attention, mais je ne suis pas sûre si vous avez des liens bien établis au Québec avec les cliniques de santé mentale et le domaine de la santé mentale. La même question s'applique aux programmes de soins palliatifs. Avez-vous des liens avec ces organisations, ou travaillez-vous plus ou moins de façon séparée?

**Sœur Lena :** Oui, les soins palliatifs ont été reconnus et ne sont pas fournis à domicile. Les autres objectifs visés sont d'atteindre les personnes seules et isolées dans la collectivité : celles qui ne



community: those who do not have any support system or families. The lonely and the isolated do not want anyone to reach out to them, so it is a difficult task to reach them.

Only recently have we discovered that the lonely and the isolated are found in seniors' residences in the Ottawa Community Housing Corporation: there are several in Ottawa. Seniors, themselves, have become homebound because there are complex situations there; they have drugs, alcohol and prostitution in those seniors' residences. The seniors themselves are afraid to come out, so they are homebound.

This evening we will meet with one of the city councillors, Mr. George Bedard. We will bring this issue to them, and ask for a partnership. We know we can reach out to the lonely and the isolated.

Why do we not reach out to the dying and the terminally ill? We know that palliative care has that facility. I do not think they go to the homes, so far.

**Senator Trenholme Counsell:** When it is a well developed system it is continued from the hospital to the home — I mean, in the hospice, the hospital's concept. However, it is fragmented and only in its beginnings in so many places.

**Sister Lena:** That is right.

**Senator Trenholme Counsell:** In terms of liaison with mental health clinics, because so many of our people with mental health challenges are lonely, do you have links with the system here in Montreal?

**Sister Lena:** I live in Ottawa. We are now initiating work because for a few years the buildings have been in transformation, and they are still not established. We are initiating a partnership with the mental health —

**Senator Trenholme Counsell:** When you talk about the lonely and the isolated, many of those people are on the streets, more or less. They may have a shelter for nighttime, but a lot of them are quite visible. They may not be visible all day long. They may not sit on the street collecting money, but you see them, whether they are trying to get a bit of food, or whatever. Do you have any street projects or street workers?

**Sister Lena:** No, we have not done anything for the street because there is so much to handle at the moment.

Financially, we are supported by the religious congregations.

**Senator Trenholme Counsell:** Yes.

**Sister Lena:** Financially, we do not have any support from government or city, so that is another problem.

**Senator Trenholme Counsell:** It is a wonderful program, though.

disposent d'aucun système de soutien ni de famille. Comme les personnes seules et isolées ne veulent pas qu'on s'occupe d'elles, il est difficile de les atteindre.

Tout récemment, nous avons découvert que les personnes seules et isolées se trouvent dans les résidences pour personnes âgées de la Ottawa Community Housing Corporation; il y en a plusieurs à Ottawa. Les aînés, eux-mêmes, sont devenus confinés chez eux en raison de l'existence de situations complexes; il y a des problèmes de drogue, d'alcool et de prostitution dans ces résidences pour personnes âgées. Elles ont peur de sortir donc elles restent chez elles.

Ce soir, nous allons rencontrer l'un des conseillers municipaux, M. George Bédard. Nous allons lui soumettre cette question et demander que l'on établisse un partenariat. Nous savons que nous pouvons atteindre les personnes seules et isolées.

Pourquoi n'aide-t-on pas les personnes mourantes et en phase terminale? Nous savons que ce genre de services est offert dans le cadre des soins palliatifs. Je ne crois que ces soins soient offerts à domicile, jusqu'à présent.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Lorsque le système est au point, il offre des services continus de l'hôpital jusqu'au foyer — je veux dire jusqu'à l'hospice. Cependant, il s'agit d'un service fragmenté qui n'en est qu'à ses débuts dans bien des endroits.

**Sœur Lena :** C'est exact.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Pour ce qui est d'assurer la liaison avec les cliniques de santé mentale, parce que tant de nos gens qui ont des problèmes de santé mentale sont seuls, avez-vous établi des liens avec le système qui existe ici à Montréal?

**Sœur Lena :** Je vis à Ottawa. Nous sommes en train de commencer à y travailler parce que depuis quelques années, on est en train de transformer les édifices qui ne sont toujours pas prêts. Nous sommes en train d'établir un partenariat avec le secteur de la santé mentale...

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Lorsque vous parlez de personnes seules et isolées, un grand nombre d'entre elles vivent dans la rue, plus ou moins. Elles ont peut-être un refuge la nuit, mais un grand nombre d'entre elles sont assez visibles. Elles ne sont peut-être pas visibles toute la journée. Elles ne mendient peut-être pas dans la rue, mais on les voit, alors qu'elles essaient d'obtenir un peu de nourriture ou quoi que ce soit. Avez-vous des projets pour les personnes de la rue ou des travailleurs de rue?

**Sœur Lena :** Non, nous n'avons pris aucune initiative pour les personnes qui vivent dans la rue parce que nous avons tellement de choses dont nous devons nous occuper pour l'instant.

Financièrement, nous sommes soutenus par les congrégations religieuses.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Oui.

**Sœur Lena :** Nous n'avons pas d'aide financière du gouvernement ou de la ville, ce qui pose un autre problème.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** C'est toutefois un programme remarquable.

## [Translation]

**Senator Gill:** I come from a world imbued with spirituality, where it is impossible to separate physical activity from spiritual activity. There has always been spirituality.

This may not be scientific, but we have noticed that people who distance themselves from spiritual beliefs often have significant mental disorders, something that was quite rare in the aboriginal world. I mean mental disorders which were not acceptable to society. As a general rule, it was acceptable and our society took charge of those who may have had a slight mental disorder.

People lose touch with their spirituality, many Indians now live in the streets of our urban centres, something which was unheard of not so long ago. There are high rates of suicide and despair. These two things are related.

I think this is a result of the fact that younger generations wanted to distance themselves from their parent's religion or beliefs. Spirituality has been fading away.

How do we include the spiritual component in our recommendations in order to convince those who will be receiving our report to take action, to apply some of the recommendations?

## [English]

**Sister Lena:** I think in the hospital, they have a spiritual assessment. When the patient comes to the hospital, they ask the patient, "Do you want pastoral care?" Sometimes they do not know what pastoral care is, so they say no but there is a system. They do an assessment. The chaplain visits all the patients, not only the Christians, so the chaplains are able to sit and listen to their stories, and then they know whether they are Christians or non-Christians.

However, the services in home care, the community care assessment centres, do not have that assessment tool. Home-based Spiritual Care has existed for five years now, and from the beginning we negotiated with the CCAC, but they do not want to do anything spiritual. We have not given up hope, but if it comes from an authority like the government or Senators, perhaps they might take it into consideration.

When the case manager has an assessment for a physical or social support, they could also have a spiritual assessment too. Then, they can always hire chaplains, or people from Home-based Spiritual Care because we exist for that purpose. From the very beginning they could do that, and they can refer them to the different parishes, or to the different religions.

## [Français]

**Le sénateur Gill :** En fait, je viens d'un monde où il y a beaucoup de spiritualité, où c'est impossible de séparer les activités physiques des activités spirituelles. Il y a toujours eu de la spiritualité.

Ce n'est pas scientifique, mais on s'aperçoit que les gens qui s'éloignent des croyances spirituelles ont souvent un désordre mental assez important, alors que cela existait très peu dans le monde autochtone. En fait, des désordres mentaux qui n'étaient pas acceptables par la population. Règle générale c'était acceptable et la population prenait en charge ceux qui pouvaient être un peu en désordre mentalement.

On s'aperçoit qu'on s'éloigne de la spiritualité, et en même temps, que beaucoup d'Indiens vivent maintenant dans les rues des grandes villes, ce qu'on ne voyait pas il n'y a pas si longtemps. Il y a beaucoup de suicides et de désespoir. Ces deux situations étaient rattachées.

Je pense que ce phénomène résulte du fait que les jeunes générations voulaient s'éloigner de la religion ou des croyances de leurs parents. La spiritualité a alors de plus en plus diminué.

Comment introduire dans nos recommandations la nécessité d'inclure l'aspect spirituel afin de convaincre les personnes qui vont recevoir notre rapport d'agir, d'appliquer certaines recommandations ?

## [Traduction]

**Sœur Lena :** Je crois qu'à l'hôpital on fait une évaluation spirituelle. Lorsqu'un patient arrive à l'hôpital on lui demande s'il veut un service de pastorale. Parfois ils ignorent ce que cela signifie, donc ils répondent non mais il existe un système. On fait une évaluation. L'aumônier visite tous les patients, pas seulement les chrétiens, donc il peut écouter leur histoire et déterminer ensuite s'ils sont chrétiens ou non-chrétiens.

Cependant, les services de soins à domicile, les centres d'accès aux soins communautaires, ne disposent pas de cet outil d'évaluation. Notre organisation, Soins spirituels à domicile ou le soutien spirituel à domicile existe depuis cinq ans maintenant, et dès le début nous avons négocié avec les centres d'accès aux soins communautaires, mais ils refusent d'offrir tout service d'ordre spirituel. Nous n'avons pas perdu espoir, mais si la demande provient d'une autorité comme le gouvernement et les sénateurs, il la prendront peut-être en considération.

Lorsque le gestionnaire de cas évalue la nécessité d'un soutien physique ou social, il pourrait également faire une évaluation d'un soutien spirituel. Par la suite, il pourrait toujours engager des aumôniers, ou des représentants de Home-Based Spiritual Care parce que c'est notre raison d'être. Il pourrait le faire dès le tout début et les acheminer vers les différentes paroisses ou les différentes organisations religieuses.



[Translation]

**Senator Gill:** We have heard testimony throughout the country about people who suffer from certain disorders, a mental illness, alcoholism, etc. These people are often left to their own devices, and as you stated earlier, they are homeless. Some have suggested housing help, for instance. Do you think that and other services would be desirable for these people?

These people are often stigmatized and have no friends. They have no one to turn to. Do you think NGOs, or not-for-profit organizations, could care for these people and offer them a service, while receiving government support to do so?

[English]

**Sister Lena:** In an organization like Home-based Spiritual Care, we have a drop-in — anybody can come in. I will give you an example. A man who is not young, maybe middle-aged, was feeling very lonely. He had several girlfriends, and he could not stick with anyone. I think he has a mental handicap. He came to us in the centre, and my secretary and I were there. He said, "I want to talk to somebody."

We each had a chat. He shared with us that he cannot stick with any women, and he is so lonely. He said, "I do not know what to do with my loneliness."

I listened to him, but what else can you do? I suggested, "You could come over, and there are special companions. You come and talk to them." I am not providing them girlfriends, but then I said, "You could come here, connect with the other people here, and have a cup of tea." Then at the end, he said, "Can I have a hug?" He was feeling so lonely, and I was taken aback, but then immediately I felt he was talking to me about loneliness. I gave him a hug, and he felt so happy.

These are little examples to say how people long for a touch, and for company. I am uncomfortable doing that, but still I felt so happy, and I was able to understand what loneliness can be for some people. I think we can open more centres and allow people to come, and make them feel they are important.

**Senator Trenholme Counsell:** The example of Mother Teresa.

**Sister Lena:** Exactly.

**Senator Callbeck:** I agree that spiritual care can have a great impact on mental health. I truly believe that.

I was interested in your organization. You say it is a pilot project supported by several churches in Ottawa?

**Sister Lena:** Several religious congregations.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Nous avons entendu des témoignages à travers le pays au sujet des personnes atteintes d'un désordre quelconque, soit d'une maladie mentale, d'alcoolisme et autres. Ces personnes sont souvent laissées à elles-mêmes, et comme vous le disiez tantôt, elles sont itinérantes et sans abri. On nous a parlé de les aider du côté de l'habitation, par exemple. Est-ce que vous pensez que c'est souhaitable d'avoir une aide à l'habitation ainsi que d'autres services pour ces personnes ?

Souvent ces personnes sont stigmatisées et n'ont pas d'amis. Ils n'ont plus personne à qui se confier. Est-ce que vous pensez que les organisations non gouvernementales, à but non lucratif, pourraient prendre soin des personnes qui vivent cette situation et fournir un service, et en fait recevoir des aides gouvernementales afin de pouvoir aider ces personnes ?

[Traduction]

**Sœur Lena :** Dans une organisation comme Soins spirituels à domicile, nous offrons un service d'accueil — n'importe qui peut passer nous voir. Je vais vous en donner un exemple. Un homme d'âge mûr se sentait très seul. Il avait plusieurs petites amies et n'arrivait pas à entretenir des relations à long terme. Je crois qu'il a un handicap mental. Il est venu nous voir au centre et ma secrétaire et moi-même étions là. Il a dit, « Je veux parler à quelqu'un ».

Nous avons eu une petite conversation. Il nous a appris qu'il n'arrive pas à entretenir de relations durables avec les femmes, et il se sent très seul. Il a dit, « Je ne sais pas quoi faire de ma solitude ».

Je l'ai écouté, et que pouvais-je faire d'autre? Je lui ai proposé de venir ici et avoir des compagnons particuliers. Il pourrait venir leur parler. Je ne leur fournit pas de petites amies, mais je lui ai dit ensuite, « Vous pourriez venir ici, établir un contact avec les autres personnes ici présentes et prendre une tasse de thé ». À la fin il a dit, « Pouvez-vous me serrer dans vos bras? » Il se sentait tellement seul, et j'ai été décontenancée, mais ensuite immédiatement j'ai senti qu'il me parlait de la solitude. Je l'ai serré dans mes bras, et il s'est senti heureux.

Ce sont de simples exemples pour vous montrer à quel point les gens veulent un contact humain et ont besoin de compagnie. Je ne me sens pas très à l'aise lorsque je fais ce genre de chose, mais quoi qu'il en soit, je me suis sentie très heureuse et j'ai pu comprendre ce que signifie la solitude pour certaines personnes. Je crois que nous pouvons ouvrir davantage de centres pour accueillir les gens et leur montrer qu'ils comptent.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** L'exemple de mère Teresa.

**Sœur Lena :** Précisément.

**Le sénateur Callbeck :** Je conviens que le soutien spirituel peut avoir une grande influence sur la santé mentale. J'en suis persuadée.

Votre organisation m'intéresse. Vous dites qu'il s'agit d'un projet pilote qui reçoit l'aide de plusieurs églises à Ottawa?

**Sœur Lena :** Plusieurs congrégations religieuses.

**Senator Callbeck:** It is not really patterned on any other program, or is it?

**Sister Lena:** No, it is not part of any organization. It is a non-profit organization. It is also supported by some members of the community.

**Senator Callbeck:** How long have you been in existence?

**Sister Lena:** Five years.

**Senator Callbeck:** How many people are employed?

**Sister Lena:** We have one full-time spiritual caregiver, and we have spiritual companions who are volunteers. They have three months of intensive training, and every year we train special companions so they can reach out to the long-term care, to the homes, and to the seniors' residences.

**Senator Callbeck:** I read about the three months training in your brochure. Do you get a lot of volunteers? What about the response to that training program?

**Sister Lena:** It is very good. So far, we have trained 25 spiritual companions in the past two years, and I think we have a good response from the program. At times, we can take only 10, and among the 10 we will have six or seven who complete the training, because it is difficult. Many say that listening is difficult. Also silence is difficult, like when somebody is talking to you and you can listen; and when you can talk, the other person listens. However, when there is a silence between the two, some are afraid of that silence.

**Senator Callbeck:** What percentage of the people that completed the three-month training are still with you?

**Sister Lena:** In the first year, we trained a group of Buddhists. They were Roman Catholics, but left the church, and at the moment they were following Buddhist philosophy. At the end of the session, they wanted to take Communion and follow some of the rituals. However, we did not let them do that, because if you take Communion, you need to believe in what you are doing. We had to tell them that it was not possible. We had a little problem with the first group of people.

At the moment, we have eight completed spiritual companions, and Mr. Robinson is one of our spiritual companions.

[Translation]

**Senator Pépin:** We have heard various representations from Canadians of different ethnic backgrounds who expressed how important it is to meet people from their own community who can speak their language, and share the same spiritual traditions. I fully agree with that.

**Le sénateur Callbeck :** Il n'est pas vraiment calqué sur d'autres programmes qui existent, n'est-ce pas?

**Sœur Lena :** Non, il ne fait pas partie d'une organisation. C'est un organisme à but non lucratif qui est également soutenu par certains membres de la collectivité.

**Le sénateur Callbeck :** Depuis combien de temps existe-t-il?

**Sœur Lena :** Cinq ans.

**Le sénateur Callbeck :** Combien de personnes employez-vous?

**Sœur Lena :** Nous avons un conseiller spirituel à temps plein, et des compagnons spirituels qui sont des bénévoles. Ils reçoivent trois mois de formation intensive et chaque année nous formons des compagnons particuliers chargés d'aller aider les personnes dans les établissements de soins de longue durée, les foyers et les résidences pour personnes âgées.

**Le sénateur Callbeck :** J'ai lu l'information qui se trouve dans votre brochure à propos de la formation de trois mois. Avez-vous beaucoup de bénévoles? Quelle est la réaction à ce programme de formation?

**Sœur Lena :** Elle est très bonne. Jusqu'à présent, au cours des deux dernières années nous avons formé 25 compagnons spirituels et je crois que nous avons obtenu une bonne réaction au programme. Parfois, nous ne pouvons en accepter que 10, et sur les 10, six ou sept termineront la formation parce qu'elle est difficile. Un grand nombre d'entre eux disent qu'écouter est difficile. Le silence aussi est difficile, lorsque quelqu'un vous parle et que vous pouvez l'écouter; et lorsque vous parlez, l'autre personne écoute. Cependant, lorsqu'il y a un silence entre les deux personnes, certains redoutent le silence.

**Le sénateur Callbeck :** Quel est le pourcentage de personnes qui ont terminé la formation de trois mois et qui sont toujours chez-vous?

**Sœur Lena :** La première année nous avons formé un groupe de bouddhistes. Il s'agissait de catholiques romains qui ont quitté l'  glise et qui à ce moment-là étaient des adeptes du bouddhisme.    la fin de la session, ils voulaient communier et suivre certains des rituels. Nous ne les y avons toutefois pas autorisés parce que si vous communiez, vous devez croire à ce que vous faites. Nous avons dû leur dire que c'était impossible. Nous avons eu un petit problème avec le premier groupe.

Actuellement nous avons huit compagnons spirituels qui ont terminé leur formation, et M. Robinson est l'un d'entre eux.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Nous avons eu plusieurs représentations de Canadiens de différentes origines ethniques qui soulignaient l'importance de pouvoir rencontrer des personnes de leur communauté à qui ils pouvaient parler dans leur langue, et qui ont les mêmes traditions au niveau de la spiritualité. Je suis tout à fait d'accord avec cela.



When you say that you are listening, I think this is very important. You said earlier on that “spiritual care prevents depression.” I am not a doctor, but I think it is very important for people to be able to confide in someone and to know that someone is listening. Could that go so far as to prevent depression?

Listening to you, I was thinking about the need for these people to have someone to listen to them, to know that someone is there to comfort them, and it gets back to what Dr. Hoffman was saying about the importance of young children having relationships with their parents and grandparents. I think there must have been a gap there.

I would like you to elaborate on what you were saying regarding spirituality preventing depression. I think that yes, it may, depending on culture, but perhaps not in general. I do not know.

[English]

**Sister Lena:** I also speak with my experience of immigrants, because when newcomers come, especially the elderly population, they do not know the language, French or English. They face great culture shock and the uprooting of the process. When they come, what do they do? Children go to work, and they are at home doing nothing. They have nobody to talk to, and they are inside. They cannot listen to the television.

There are also men. The men take alcohol, drugs, or women. However, the women do not know what to do. They stay at home thinking of the past and their country. We have examples where we had journeyed with them, and you could see how they have changed. That is why I say we can prevent problems, prevent them.

I do not say that spirituality can be a cure for all, but for this category of people, we need people to give them a boost. You need to bring out the positive in them and give them a boost — and I think even young people, because when young people have problems, there is no self-esteem. Also, they do not feel important.

[Translation]

**Senator Gill:** Dr. Quirion, you mentioned some statistics earlier on, on page 10, I believe. Is research being done on aboriginal peoples and on reserves? Do you know what resources are currently available?

**Dr. Quirion:** At the Institutes of Health Research we have an institute that focuses on Aboriginal communities.

**Senator Gill:** Really!

**Dr. Quirion:** It has the same budget as our institute, in terms of policy initiatives. So, for the time being, they are doing a lot of work on diabetes, for instance, and heart diseases. We collaborate

Quand vous dites que vous êtes à l'écoute des gens, ceci est très important. Vous avez dit tantôt que « Spiritual care prevents depression ». Je ne suis pas médecin, mais je trouve que c'est très important que les gens puissent se confier et savoir qu'ils ont une écoute. Est-ce que cela peut aller jusqu'à prévenir les dépressions ?

En vous écoutant, je faisais un lien entre le besoin d'avoir quelqu'un à l'écoute, de savoir que quelqu'un est capable de les reconforter, et ce que le docteur Hoffman disait sur l'importance des relations avec les parents et les grands-parents en bas âge. Je pense qu'il a dû y avoir un manque à ce niveau.

J'aimerais que vous élaboriez, quand vous dites que la spiritualité peut prévenir des dépressions. Je pense que oui, selon votre culture, mais peut-être pas en général. Je ne sais pas.

[Traduction]

**Sœur Lena :** Je parle aussi de mon expérience aux immigrants, parce que lorsque les nouveaux arrivants arrivent, surtout lorsqu'ils sont âgés, ils ne connaissent ni l'anglais ni le français. C'est pour eux c'est un grand choc culturel sans compter qu'ils se sentent déracinés. Lorsqu'ils arrivent ici, que font-ils, les enfants vont travailler et eux restent à la maison à ne rien faire. Ils n'ont personne à qui parler et ils sont enfermés. Ils ne peuvent pas regarder la télévision.

Il y a aussi les hommes. Les hommes consomment de l'alcool, des drogues, ou des femmes. Cependant, les femmes ne savent pas quoi faire. Elles restent à la maison en se rappelant leur passé et leur pays. Nous avons des exemples de personnes de ce genre que nous avons accompagnées dans leur cheminement et on peut constater à quel point elles ont changé. C'est la raison pour laquelle je dis que nous pouvons prévenir les problèmes.

Je ne dis pas que la spiritualité est une panacée pour tous mais pour cette catégorie de personnes, nous avons besoin de gens pour leur remonter le moral. Il faut faire ressortir leur côté positif et leur remonter le moral — et je crois que même les jeunes peuvent en profiter, parce que les jeunes ont des problèmes et n'ont pas d'estime d'eux-mêmes et aussi, ils ont l'impression de ne pas compter.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Docteur Quirion, vous avez donné des statistiques tantôt, en page 10, je pense. Est-ce qu'on fait de la recherche sur les Autochtones et sur les réserves? Savez-vous quelles ressources sont disponibles actuellement ?

**Le Dr Quirion :** Aux Instituts de recherche en santé, on a un institut centré sur les communautés autochtones.

**Le sénateur Gill :** Ah ! oui.

**Le Dr Quirion :** Qui a le même budget que notre institut, en termes d'initiatives stratégiques. Donc, présentement, ils font beaucoup en rapport avec le diabète, par exemple, et certaines

with them on suicide. Obviously, it has to start within the community. Existing research programs are initiated by the community and we try to encourage some activities.

**Senator Gill:** May I have the address of that institute?

**Dr. Quirion:** Yes.

**Senator Gill:** I imagine they are also working on mental health problems?

**Dr. Quirion:** Yes. Jeff Reading is the director and he is wonderful, we have several partnerships with them.

**Senator Gill:** Is it based in Ottawa?

**Dr. Quirion:** Yes.

**Senator Gill:** I would like to have their address and phone number, if you can provide that to me.

**Dr. Quirion:** Yes.

[English]

**Senator Trenholme Counsell:** Dr. Quirion, your institute is the Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction?

**Dr. Quirion:** Yes.

**Senator Trenholme Counsell:** Did you say something to the effect that there needed to be more emphasis on mental health in that institute?

**Dr. Quirion:** No, it is more in general. If we consider what we call the burden of disease, cost to society and incidence of mental illnesses, Canada, via the Canadian Institutes of Health Research, CIHR, needs to invest more in mental health research.

**Senator Trenholme Counsell:** You mean more of their total budget?

**Dr. Quirion:** Canada needs to invest more of the total budget, yes, in mental health research.

**Senator Trenholme Counsell:** Compare yours with cancer in terms of percentage of their budget. I am just looking at this chart.

**Dr. Quirion:** It is a bit of a complicated model, because each of the 13 institutes has the same budget to start with, for what we call strategic initiatives for special programs.

**Senator Trenholme Counsell:** Each year you get the same?

**Dr. Quirion:** Each year we get the same. The other portion of the budget is for what we call the open competition. Anyone in the faculty of medicine or other faculties in the country can apply. It is an open competition, it is peer-reviewed and the best applications get the grants. We have had such a large expansion in

maladies cardiaques. Nous collaborons avec eux sur le suicide. Il est certain que cela doit commencer par la communauté. Les programmes de recherche existants, sont initiés dans la communauté et nous essayons d'encourager certaines activités.

**Le sénateur Gill :** Est-ce que je peux avoir les coordonnées de cet institut ?

**Le Dr Quirion :** Oui.

**Le sénateur Gill :** J'imagine qu'ils travaillent sur les problèmes de la maladie mentale aussi ?

**Le Dr Quirion :** Oui. Le directeur est Jeff Reading et il est très bien, nous avons plusieurs partenariats avec eux.

**Le sénateur Gill :** Est-ce basé à Ottawa ?

**Le Dr Quirion :** Oui.

**Le sénateur Gill :** J'aimerais avoir ses coordonnées, si vous pouviez me les donner.

**Le Dr. Quirion :** Oui.

[Traduction]

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Docteur Quirion, votre institut est l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies?

**Le Dr Quirion :** Oui.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Avez-vous dit que cet institut devait mettre davantage l'accent sur la santé mentale?

**Le Dr Quirion :** Non, j'ai dit qu'il fallait y accorder plus d'importance de façon générale. Si nous considérons ce que nous appelons le fardeau de la maladie, le coût qu'il représente pour la société et l'incidence des maladies mentales, le Canada, par l'intermédiaire des instituts canadiens de recherche en santé, doit investir davantage dans la recherche en santé mentale.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Vous voulez dire qu'ils investissent davantage à même leur budget total?

**Le Dr Quirion :** Effectivement, le Canada doit investir un montant plus important de son budget total à la recherche en santé mentale.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Comparez le vôtre avec le cancer pour ce qui est du pourcentage de leur budget. Je suis en train de regarder le tableau.

**Le Dr Quirion :** Il s'agit d'un modèle un peu compliqué parce que chacun des treize instituts disposent du même budget au départ, pour ce que nous appelons les initiatives stratégiques en vue de programmes spécifiques.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Chaque année, vous obtenez le même budget?

**Le Dr Quirion :** Chaque année, nous obtenons le même budget. L'autre portion du budget est destinée à ce que nous appelons un concours public, tout membre de la faculté de médecine ou d'autres facultés au pays peut poser sa candidature. Il s'agit d'un concours public qui est examiné par les pairs et les subventions



terms of issues related to mental health and mental illnesses over the past few decades that this area is underfunded compared to other disease entities, if you will. Also, research for mental health and addiction is almost all funded via the federal government.

If you think of cancer, you have the National Cancer Institute, a large non-governmental organization that will put about \$50-million a year in research. The Heart and Stroke Foundation of Canada for cardiovascular disease is about the same. However, with the non-governmental organizations related to mental health, it is still hard to raise money. Probably, again, it is due to stigma. Like me, you give to kids and you give to cancer but to give to mental health or schizophrenia, it is a bit harder. To give to addiction is the worst. If you say they are alcoholics, it is their problem. It is because they are weak. They have to shape up.

We have a challenge there because there is a huge burden of disease. At the moment, the volunteer sector is there to help. It tries to help, but without much money compared to other large organizations.

**Senator Trenholme Counsell:** You mentioned the university research projects. Is there community-based research other than university-based research, or if it is community research, would it always be directed by someone in the university? Is all of this coming through the university system across the land?

**Dr. Quirion:** It used to be like that, and over the past few years with the Canadian Institutes of Health Research, various programs now are initiated by the community.

**Senator Trenholme Counsell:** Can a community organization, or even an individual, apply?

**Dr. Quirion:** Yes, a special program is called the Community Alliance for Health Research. There is one, for example, in Kahnawake on diabetes in that community. The program is mostly prevention there, in terms of what types of food you should eat, exercise, and all these kinds of things. It was started by the community that said, "We need to do that." Then, they developed links with McGill and other universities...

**Senator Trenholme Counsell:** Do you have a big competition with neurosciences, or do you share?

**Dr. Quirion:** There is more and more interaction between the two, so we are trying, in a sense, — as Senator Keon was saying — to find ways to bring psychiatry into the 21st century. We are

sont octroyées aux meilleures demandes. Au cours des dernières décennies, les problèmes de santé mentale et les maladies mentales ont pris tellement d'importance que ce domaine est sous-financé comparativement aux entités morbides si l'on peut dire. Par ailleurs, la recherche en santé mentale et en toxicomanie est pratiquement entièrement financée par le gouvernement fédéral.

Si vous songez au cancer, il y a l'Institut national du cancer, une importante organisation non gouvernementale qui consacrera environ 50 millions dollars par an à la recherche. La situation est pratiquement la même en ce qui concerne la Fondation des maladies du cœur du Canada. Cependant, les organisations non gouvernementales qui s'occupent de santé mentale ont toujours de la difficulté à recueillir des fonds. Cela est probablement dû, comme je l'ai dit, à un problème de stigmatisation. Tout comme moi, vous donnez aux enfants et vous donnez à la recherche pour le cancer, mais donner de l'argent pour la santé mentale et la schizophrénie, c'est un peu plus difficile. La situation est encore pire dans le cas de la toxicomanie. Si vous dites qu'il s'agit d'alcooliques, on considère que c'est leur problème, qu'il sont comme ça parce qu'ils sont faibles. Il faut qu'ils se prennent en mains.

Nous avons un défi à relever à cet égard parce que la maladie mentale représente un énorme fardeau. Pour l'instant, le secteur bénévole apporte son aide. Il essaie d'apporter son aide mais sans beaucoup d'argent comparativement à d'autres grandes organisations.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Vous avez mentionné les projets de recherche universitaire. Existe-t-il une recherche communautaire autre que la recherche universitaire, ou s'il s'agit de recherche communautaire, serait-elle toujours dirigée par un membre de l'université? Est-ce que toute cette recherche se fait par l'intermédiaire du système universitaire d'un bout à l'autre du pays?

**Le Dr Quirion :** C'est la façon dont cela se faisait, et depuis quelques années avec les Instituts canadiens de recherche en santé, divers programmes sont maintenant mis sur pied par la collectivité.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Est-ce qu'une organisation communautaire ou même un particulier peut poser sa candidature?

**Le Dr Quirion :** Oui, il existe un programme spécial qui s'appelle Alliances communautaires pour la recherche en santé. Il en existe un par exemple à Kanawake sur le diabète dans cette collectivité. Il s'agit surtout d'un programme de prévention qui fournit des conseils sur l'alimentation, l'exercice et ce genre de choses. Il a été mis sur pied par la collectivité qui a constaté que ce genre de programme était nécessaire. Puis elle a établi des liens avec l'Université McGill et d'autres universités...

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Est-ce que la concurrence est forte avec le secteur des neurosciences, ou y a-t-il partage?

**Le Dr Quirion :** Il y a de plus en plus d'interaction entre les deux donc nous tâchons dans un certain sens — comme le sénateur Keon l'a dit — de trouver des moyens de faire entrer la

trying to understand a bit more biology and sociology behind it, to put these things together. It is still challenging. It is like someone speaking Chinese and the other one English, so...

**Senator Trenholme Counsell:** Yes, of course.

**Dr. Quirion:** Yes, it is different cultures, but I think it needs to be done.

**Ms. Michelle Dawson, as an individual:** I probably will ask for a little more time than my original presentation. I think it will save a lot of questions later on to make everything clear at the outset.

My presentation is called "The Word is Out About Autism: Canada in the Era of Autism Advocacy." I am a diagnosed autistic and a researcher affiliated with Laurent Mottron's autism research group here in Montreal. Dr. Mottron is a University of Montréal Professor of Psychiatry, as well as a CIHR-funded researcher, and the director of a busy autism clinic. I also work with the highly respected American experimental psychologist, Morton Ann Gernsbacher, who recently was voted President Elect of the American Psychological Society. I am interested in many areas in autism, including cognition, ethics, epidemiology, human rights, behaviour interventions, self-injury and self-care.

I have an atypical organization called "No Autistics Allowed," to which many autistics and non-autistics contribute.

In addition, I have done a lot of legal work, including successfully intervening in *Auton v. British Columbia* at the Supreme Court of Canada, where I was the only intervener who opposed the unscientific and unethical positions taken by both sides, as well as the only intervenor mentioned in the court's decision. More recently, I became the first person to have an autism-related complaint referred to the Canadian Human Rights Tribunal for a hearing.

Recently, I set a different kind of precedent by losing three cases at the Quebec Human Rights Commission. Here it was ruled three times that autistic people are, in fact, a plague, and that describing us this way is not harmful to us, but is truly beneficial and a sign that non-autistics with good intentions are helping us. Indeed, autistics should be grateful to have such dedicated advocates raising public awareness of our plague-like nature on our behalf.

The legal situation of autistics in Canada is unique. For no other group, have the rights guaranteed for all other Canadians been so thoroughly obliterated. This situation is the direct consequence of the ongoing era of autism advocacy. Finding a jurisdiction which is still able to consider us as human beings with human rights verges on the impossible. Canadians have rights imbuing them with worth and dignity, and protecting them from

psychiatrie dans le XXI<sup>e</sup> siècle. Nous tâchons de comprendre un peu mieux les aspects biologiques et sociologiques qui s'y rattachent, de faire le lien entre ces aspects. Cela demeure difficile. C'est un peu comme une personne qui parle chinois et l'autre qui parle anglais, donc...

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Oui, bien sûr.

**Le Dr Quirion :** Oui, il s'agit de cultures différentes mais je crois qu'il faut le faire.

**Mme Michelle Dawson, à titre personnel :** J'aurai probablement besoin d'un peu plus de temps que celui prévu pour mon exposé initial. Je crois qu'en apportant des éclaircissements dès le départ, il y aura moins de questions à poser par la suite.

Mon exposé s'intitule « La rumeur à propos de l'autisme : le Canada à l'ère de la défense des autistes ». J'ai été diagnostiqué autiste et je suis une chercheuse affiliée au groupe de recherche en autisme de Laurent Mottron ici à Montréal. Le Dr Mottron est un professeur de psychiatrie de l'Université de Montréal, ainsi qu'un chercheur financé par les IRSC et le directeur d'une clinique importante d'autisme. Je travaille également avec la psychologue expérimentale américaine de très grand renom, Morton Ann Gernsbacher, qui a récemment été élue présidente de la American Psychological Society. Je m'intéresse à de nombreux aspects de l'autisme, y compris la cognition, l'éthique, l'épidémiologie, les droits de la personne, les interventions comportementales, l'automutilation et l'autogestion de la santé.

J'ai mis sur pied une organisation atypique qui s'appelle « No Autistics Allowed » (Interdit aux autistes) à laquelle contribue de nombreux autistes et non-autistes.

De plus, j'ai fait du travail juridique et je suis entre autre intervenue avec succès dans l'arrêt *Auton c. la Colombie-Britannique* devant la Cour suprême du Canada où j'étais la seule intervenante qui s'opposait aux positions non scientifiques et contraires à l'éthique adoptées par les deux camps, ainsi que la seule à être mentionnée dans l'arrêt de la cour. Plus récemment, je suis la première personne dont une plainte liée à l'autisme ait été portée devant le tribunal des droits de la personne pour y être entendue.

Récemment, j'ai établi une forme différente de précédent en perdant trois cas devant la Commission des droits de la personne du Québec. La Commission a déclaré trois fois que les autistes sont en fait une plaie et que le fait de nous décrire de cette façon ne nous cause aucun tort, mais que c'est vraiment bénéfique et une indication selon laquelle des personnes non autistes animées de bonnes intentions nous aident. Effectivement, les autistes devraient être reconnaissants que des personnes aussi dévouées nous représentent comme une plaie pour la société.

La situation juridique des autistes au Canada est unique. Aucun autre groupe n'a vu ses droits aussi totalement anéantis, droits garantis pour tous les autres Canadiens. Cette situation est la conséquence directe de l'ère de défense des autistes. Trouver un pays ou une province qui est toujours en mesure de nous considérer comme des êtres humains ayant des droits humains frise l'impossible. Les Canadiens ont des droits qui leur



being demeaned and coerced, but autistic Canadians do not. Autism advocates, or those who call themselves autism advocates, some of whom this committee has heard from, have successfully argued that for autistics there should only be one right, the right to what the advocates advertise as "effective" autism treatment.

In the course of arguing for this one right, autism advocacy groups such as families for early autism treatment, FEAT, groups and autism societies have argued that autistics inherently have no possibility of dignity, integrity, health, liberty, worth, learning, security, et cetera, or even of life itself. In short, we are inherently too defective to have Charter rights.

For example, FEAT Ontario argued at the Supreme Court of Canada that autistics are less than half living, and they have insisted that autistics belong not in families or in society, but in institutions. Autistics have been portrayed by autism advocates in the most dire and horrific terms. We destroy ourselves, our families, and the economy, and there are promises that we will shortly ruin the entire country, so long as we are not expensively fixed. Our continued existence, as ourselves, as autistics, is held to be an affront to the whole idea of Canada.

At the same time, autism advocates claim that this impending national catastrophe can be averted if there is unlimited funding for intensive interventions based on applied behaviour analysis, ABA, Lovaas-type or otherwise, for autistics of all ages. It should not surprise you that the premise of these comprehensive interventions, designed to occupy most of the waking hours of an autistic, is that autistics inherently lack humanity and personhood. As human beings, we are write-offs. Autistic abilities and traits are assumed to be non-existent or destructive, useless, and wrong. There is everything to gain and nothing to lose if our lives are dedicated to striving every minute to be normal, that is, non-autistic. The goal of this kind of intervention, Ivar Lovaas has repeatedly written, is to build a person where none exists.

The nature of the treatment itself, along with the way it has been demanded by autism advocates in the health care system and elsewhere, has resulted in autistics having a less than human status in Canada. Governments and opposition parties, federal and provincial, have utterly failed in their duty to recognize autistics as human beings with rights, interests and worth. To the contrary, politicians of all stripes have expediently heaped

reconnaissance valeur et dignité et qui les protègent contre tout traitement avilissant et contre toute forme de coercition, mais pas les Canadiens autistes. Ceux qui défendent les personnes autistes, ou ceux qui prétendent les défendre, et dont le comité a entendu les témoignages, ont réussi à faire valoir que les autistes ne devraient avoir qu'un seul droit, celui d'obtenir un traitement efficace de l'autisme.

En plaidant en faveur de ce droit unique, les groupes de défense des personnes autistes comme le groupe des familles pour le traitement précoce de l'autisme, le FEAT, les groupes et les sociétés d'autisme ont fait valoir que les personnes autistes de façon inhérente n'ont aucune possibilité de dignité, d'intégrité, de santé, de liberté, de valeur, d'apprentissage, de sécurité, etc., ni même de possibilité de vie. En résumé, notre tare inhérente est telle que nous ne pouvons pas nous prévaloir des droits prévus par la Charte.

Par exemple, le groupe FEAT Ontario a soutenu devant la Cour suprême du Canada que les personnes autistes vivent moins qu'à moitié, et a insisté sur le fait qu'elles n'ont pas leur place au sein des familles ni dans la société, mais doivent vivre en institution. Les groupes de défense des personnes autistes ont décrit les personnes autistes en utilisant les termes les plus affreux et les plus horribles. Nous nous détruisons nous-mêmes, nous détruisons nos familles et l'économie, et il est fort probable que nous ruinerons sous peu le pays tout entier tant qu'on ne nous fera pas subir des traitements coûteux. Le fait même que nous continuions d'exister, tels que nous sommes, en tant que personnes autistes, est considéré comme une atteinte à la notion même du Canada.

Parallèlement, les défenseurs des personnes autistes soutiennent que cette catastrophe nationale imminente peut être évitée si l'on dispose de fonds illimités pour des interventions intensives qui se fondent sur l'analyse comportementale appliquée, de type Lovaas ou autre, pour les personnes autistes de tout âge. Il ne devrait pas vous étonner d'apprendre que le postulat sur lequel reposent ces interventions exhaustives, destinées à occuper une grande partie de la journée d'une personne autiste, part du principe que les personnes autistes souffrent d'une absence inhérente d'humanité et d'identité individuelle. Nous n'avons aucune valeur en tant qu'êtres humains. On part du principe que les aptitudes et les traits de caractère des personnes autistes sont non existants ou destructifs, inutiles et mauvais. Il y a tout à gagner et rien à perdre si nos vies sont consacrées à tâcher chaque minute d'être normal, c'est-à-dire de ne pas être autistes. L'objectif de ce type d'intervention, comme l'a écrit à maintes reprises Ivar Lovaas, est de construire une personne là où elle n'existe pas.

La nature du traitement même, ainsi que la façon dont il a été exigé par les défenseurs des personnes autistes dans le système de soins de santé et ailleurs, a fait en sorte que les personnes autistes sont considérées comme moins que des humains au Canada. Les gouvernements et les partis d'opposition, fédéraux et provinciaux, ont totalement failli à leur devoir de reconnaître les personnes autistes comme des êtres humains qui ont des droits, des intérêts

creative insults on their autistic constituents, while the current federal government boasts about opulent funding for preventing our existence altogether.

Provincial human rights commissions have similarly failed to accord autistics any worth, whatsoever. Ontario's Human Rights Commission told me that autism is cancer — another prominent idea promoted by autism advocates — and that my only right is to get rid of it. As an autistic, I now have no other rights.

When I expressed dismay that the Ontario Ombudsman had, among many other insults to disabled people, persistently associated violence with disability, I was informed by this ombudsman's office that autistic people are, indeed, violent. I had previously thought that associating violence with disability was no different from, or more acceptable than, associating violence with race. However, the word is out about autism, and I was put firmly in my place.

A few words about these hearings: Senator Kirby, who is not here, as far as I can tell, has, in these hearings, misrepresented and mocked the polite request by an autistic person that autism be portrayed accurately in these hearings. "What an absurd request," he is on the record as saying.

How strange, how nearly offensive it is for a person who is autistic to point out that misrepresenting, sensationalizing, and demonizing autistics is harmful to us. This is on the heels of this entire committee's decision to highlight and distribute, among other misleading and harmful views of autism, a statement by an Autism Society Canada board member that autism is worse than cancer, because autism is not fatal.

As with my cases presented to the Quebec Human Rights Commission in which I objected to the existence of autistics being called a plague, I was informed that portraying autism as more dreadful than cancer was helpful to autistics, if I would only understand. This committee seems sure that promoting fear, dread, and hatred of autism and autistic people will help us.

I do not think I should have to explain why we are not helped by hate speech, and other gross violations and denials of our rights.

Because autism advocates have had nothing good to say about autistics in these hearings, I am providing a short list of some autistic characteristics found in the scientific literature. Most of these findings are published in peer-reviewed scholarly journals:

et de la valeur. Au contraire, les politiciens de toutes allégeances se sont empressés de couvrir d'insultes créatives leurs électeurs autistes, tandis que le gouvernement fédéral actuel se vante à propos de la générosité du financement destiné à nous empêcher tout compte fait d'exister.

Les commissions provinciales des droits de la personne n'ont pas réussi non plus à accorder aux personnes autistes une valeur quelle qu'elle soit. La Commission ontarienne des droits de la personne m'a dit que l'autisme est un cancer — une autre idée générale dont les défenseurs des personnes autistes font la promotion — et que le seul droit que je possède est celui de m'en débarrasser. En tant que personne autiste, désormais je n'ai aucun autre droit.

Lorsque j'ai exprimé ma consternation devant le fait que l'ombudsman de l'Ontario avait, parmi les nombreuses autres insultes qu'il a proférées à l'endroit des personnes handicapées, associé de façon persistante la violence à la déficience, j'ai été informée par le bureau de cet ombudsman que les personnes autistes sont effectivement violentes. J'avais cru auparavant qu'associer la violence à la déficience ne différerait pas et n'était pas plus acceptable qu'associer la violence à la race. Cependant, c'est la rumeur qui circule à propos de l'autisme, et on m'a fermement remise à ma place.

Quelques mots à propos de ces audiences : Le sénateur Kirby, qui n'est pas ici, d'après ce que je peux voir, a, au cours de ces audiences, fausement représenté et tourné en ridicule la requête polie de la part d'une personne autiste voulant que l'on représente correctement l'autisme dans le cadre de ces audiences. « Quelle requête absurde », a-t-il dit publiquement.

Comme il est étrange et presque insultant pour une personne autiste de signaler que de fausement représenter, de sensationnaliser et de diaboliser les personnes autistes nous cause du tort. Cela dans le sillage de la décision de l'ensemble de ce comité de signaler et de distribuer, entre autres opinions trompeuses et nuisibles de l'autisme, une déclaration d'un membre du conseil d'administration de la Société canadienne d'autisme selon lequel l'autisme est pire que le cancer parce que l'autisme n'est pas une maladie fatale.

Tout comme dans les cas que j'ai présentés à la Commission des droits de la personne du Québec où je me suis élevée contre le fait que l'on qualifie l'existence des personnes autistes de plaie, j'ai été informée que décrire l'autisme comme une maladie plus épouvantable que le cancer était utile pour les personnes autistes, si je prenais simplement la peine de comprendre. Votre comité semble sûr que promouvoir la peur, la terreur et la haine de l'autisme et des personnes autistes nous sera utile.

Je ne crois pas que je doive expliquer pourquoi la propagande haineuse ne nous aide pas, pas plus que d'autres violations et dénis flagrants de nos droits.

Comme les défenseurs des personnes autistes n'ont rien eu de bon à dire à propos des personnes autistes dans le cadre de ces audiences, je vous fournis une brève liste de certaines des caractéristiques des personnes autistes que j'ai trouvée dans la



one is in press, many of them have been replicated and a few of them are presented at recent major research conferences and have not yet been published. Here they are.

Empirically documented autistic strengths include the following: enhanced visual search abilities; enhanced visual discrimination; superior ability in disembedding figures; enhanced auditory pitch memory; pitch labelling and pitch disembedding; superior speed of processing; superior performance in detecting and responding to visual, social and non-social cues; faster sentence comprehension; superior performance in detecting changes in pitch; enhanced memory of semantic and visual stimuli with less susceptibility to false memories; superior pitch discrimination and categorization; superior accuracy in graphic cued recall; superior phonological processing; superiority in maintaining shape constancy; faster grammatical computation; superior numerical estimation; enhanced perception of static first order visual stimuli; superior recognition of faces with a one feature prime; and superior individual feature processing.

In this list, which is not comprehensive, I have not included superior abilities in specific intelligence tests. Neither have I added in the great susceptibility of autistics to develop savant abilities, and our extraordinary ability to learn well in ways non-autistics do not learn well. These are also in the science. In the case of learning, it is Dr. Lovaas who so routinely observed autistic learning, which he admits happens in the absence of either teaching or reinforcement, that he had to invent a name for this phenomenon. However, he continued to deny that this was real learning because it is not how normal people learn. He deployed the full undeniable power of ABA to extinguish this learning, including extinguishing savant abilities or genius behaviours, which he considered abnormal and unwanted.

Autistics should not have to justify our existence by providing a list of strengths which may then result, if we are lucky, in our being authorized to live. We are most reliably defined by our innate autistic strengths which exist in all autistics, regardless of how our level of functioning is judged. As with all innate characteristics, like left-handedness and homosexuality, removing autistic strengths is hard work. This is one reason ABA programs are so expensive and arduous. Our tenacious and intractable strengths get in the way of any attempt to make us resemble normal people.

documentation scientifique. La plupart de ces constatations sont publiées dans des revues savantes évaluées par des pairs : l'une provient de la presse, un grand nombre d'entre elles ont été reproduites, et quelques-unes d'entre elles ont été présentées à d'importantes conférences récentes sur la recherche et n'ont pas encore été publiées. Les voici.

Les points forts des personnes autistes, étayés par des données empiriques comprennent entre autres : des capacités améliorées de recherche visuelle; discrimination visuelle améliorée; une capacité supérieure pour identifier une figure simple cachée dans une figure complexe; une mémoire améliorée de la hauteur tonale; détermination de la hauteur tonale; vitesse de traitement supérieur; rendement supérieur pour ce qui est de détecter et de réagir aux indices visuels, sociaux et non sociaux; compréhension plus rapide de la phrase; rendement supérieur pour détecter des changements dans la hauteur tonale; mémoire améliorée des stimuli sémantiques et visuels et une susceptibilité moindre aux faux souvenirs; discrimination et catégorisation supérieures de la hauteur tonale, exactitude supérieure du rappel graphique; traitement phonologique supérieur; supériorité à maintenir la constance perceptive de la forme et traitement grammatical plus rapide; évaluation numérique supérieure; perception améliorée des stimuli visuels statiques de premier ordre; reconnaissance supérieure des visages à partir d'un trait mis en évidence; et traitement supérieur des traits individuels.

Dans cette liste, qui n'est pas exhaustive, je n'ai pas inclus les aptitudes supérieures dans des tests d'intelligence particuliers. Je n'ai pas ajouté non plus la grande susceptibilité des personnes autistes à développer des aptitudes extraordinaires, et notre aptitude extraordinaire à bien apprendre selon des façons dont n'apprennent pas bien les personnes non autistes. Ces aptitudes sont également abordées dans des documents scientifiques. En ce qui concerne l'apprentissage, c'est le Dr Lovaas qui a observé régulièrement l'apprentissage des personnes autistes, qui se fait, il le reconnaît, en l'absence d'enseignement ou de renforcement, qu'il a dû inventer un nom pour désigner ce phénomène. Cependant, il a continué de nier qu'il s'agissait d'un véritable apprentissage parce que ce n'est pas la façon dont les gens normaux apprennent. Il a déployé tout le pouvoir indéniable de l'analyse comportementale appliquée pour mettre fin à cet apprentissage, y compris les aptitudes ou les dons extraordinaires, qu'il considérait anormaux et indésirables.

Les personnes autistes ne devraient pas avoir à justifier leur existence en fournissant une liste de leurs points forts ce qui pourrait, avec un peu de chance, les autoriser à vivre. Nous sommes définis de la façon la plus sûre par nos points forts d'autistes innés qui existent chez toutes les personnes autistes, indépendamment de la façon dont on évalue notre niveau de fonctionnement. Comme dans le cas de toutes les caractéristiques innées, comme le fait d'être gaucher, l'homosexualité, il est très difficile d'éliminer les points forts de personnes autistes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les programmes d'analyse comportementale appliquée sont si coûteux et ardues. Nos atouts tenaces et indéniables entravent toute tentative de nous faire ressembler à des personnes normales.

This is my second to last point, and then I will make recommendations. This is a short exploration of the recent *Wynberg* decision. In the *Wynberg* case, parents took on the Ontario government over funding for ABA for school-aged autistic children. As a result of this decision — which, in the words of Mary Eberts, is “the law of the land,” children who are in ABA programs have human dignity, they have Charter rights. However, this decision also states that autistics who are not fully engaged in striving to be normal via ABA programs do not have dignity. Autistics are ruled to be unable to learn any other way, or towards any other goal, or to have any other possibilities. Either we strive to be normal through ABA, or we lack human dignity and worth, are not welcome to participate in society, and are judged not to have what it takes for “membership in the human community.” That is a quote directly from the decision.

I have exactly the characteristics now enshrined in “the law of the land” as useless, maladaptive and wrong, and I lack many of the skills now legally defined as qualifications for human dignity and “membership in the human community.”

On one hand, you should not be surprised that autism advocates roundly applauded this decision, which has the effect of requiring disadvantaged groups to qualify for Charter rights, and indeed, for humanity itself, by sufficiently becoming normal, which, in this case, means non-autistic. On the other hand, you should be surprised that the same autism advocates who insist that autism is cancer and that ABA is a medically necessary treatment that must be provided in the health care system, declared *Wynberg* a wonderful victory.

But *Wynberg*, like the similarly celebrated *Bettencourt* decision, entirely denies that autism is a health care issue and that ABA is a medical treatment. Indeed, all the experts for both sides in *Wynberg*, and as is typical in these supposedly adversarial procedures, both sides provided only evidence supporting ABA. Both sides agreed that ABA is not medical in nature, and is not at all a medical treatment. The successful lawyers for the parents in the earlier *Bettencourt* case stated that the key to this victory was their position that autism is not a health issue, at all.

Decisions made about the nature and needs of autistics in Canada are inevitably made according to the nature and needs of people who are not autistic. There is no consideration of who autistics might be and what we might need. Either we are horribly

C'est mon avant-dernier point, après quoi je formulerai des recommandations. Il s'agit d'un bref aperçu de la décision récente rendue dans l'affaire *Wynberg* où des parents s'en sont pris au gouvernement de l'Ontario en ce qui concerne le financement de l'analyse comportementale appliquée pour les enfants autistes d'âge scolaire. À la suite de cette décision, laquelle, selon Mary Eberts est « la loi du pays », les enfants qui suivent les programmes d'analyse comportementale appliquée jouissent d'une dignité humaine, bénéficient des droits prévus par la Charte. Cependant, cette décision déclare également que les personnes autistes qui ne visent pas pleinement à devenir normales par le biais des programmes d'analyse comportementale appliquée n'ont pas droit à la dignité. On déclare que les personnes autistes sont incapables d'apprendre d'une autre façon, ou de viser tout autre objectif, ou d'avoir d'autres possibilités. Soit nous tâchons d'être normaux en suivant le programme d'analyse comportementale appliquée ou nous sommes considérés dépourvus de dignité et de valeur humaine, nous sommes mis au ban de la société et on considère que nous n'avons pas ce qu'il faut pour faire partie de la collectivité humaine. Il s'agit d'un extrait tiré directement de la décision qui a été rendue.

Je possède précisément les caractéristiques qui sont maintenant inscrites dans « la loi du pays », c'est-à-dire que je suis incompétente, inadaptée et dans l'erreur, et qu'il me manque un grand nombre des aptitudes considérées désormais légalement nécessaires pour avoir droit à la dignité humaine et être considéré comme un membre de la collectivité humaine.

D'une part, vous ne devriez pas être étonnés d'apprendre que les défenseurs des personnes autistes ont vivement applaudi cette décision, qui a pour résultat d'exiger que les groupes défavorisés qui veulent se prévaloir des droits prévus par la Charte et faire partie de l'humanité proprement dite, deviennent suffisamment normaux, ce qui dans ce cas veut dire non autistes. D'autre part, vous devriez être étonnés d'apprendre que les mêmes défenseurs des personnes autistes qui insistent sur le fait que l'autisme est un cancer et que l'analyse comportementale appliquée est un traitement nécessaire sur le plan médical qui doit être fourni par le système de santé, ont déclaré que la décision *Wynberg* était une formidable victoire.

Mais comme le célèbre arrêt *Bettencourt*, l'arrêt *Wynberg* nie totalement que l'autisme soit un problème de santé et que l'ABA soit un traitement médical. En effet, tous les experts des deux parties dans l'affaire *Wynberg* ont présenté uniquement des preuves favorables à l'ABA, comme ils le font souvent dans ces procédures pourtant censées être contradictoires. De part et d'autre, tous les experts ont reconnu que l'ABA n'est pas de nature médicale et que ce n'est nullement un traitement médical. Les avocats des parents qui avaient précédemment obtenu gain de cause dans l'affaire *Bettencourt* ont déclaré que l'élément clé de leur succès tenait à leur conviction que l'autisme n'est nullement un problème de santé.

Les décisions concernant la nature et les besoins des autistes au Canada sont invariablement prises en fonction de la nature et des besoins de personnes qui ne sont pas autistes. On ne prend pas en considération la personnalité ni les besoins des autistes. Nous



sick or we are not, depending on what non-autistics need. Autism advocates claiming to represent us characterize us as devastating burdens and cannot contemplate that we need anything except to become non-autistic. They have no concept of autistics succeeding as autistic people. They have shown no interest in actually helping autistics: in obtaining for us the respect, acceptance and assistance we need to succeed as autistics.

*Wynberg* also documented that children in ABA programs learn that autism is a very bad thing. They learn that it is important not only that they, themselves, get rid of every bit of their autism, but that every bit of autism in all people must be gotten rid of. These children are lavishly reinforced for all incremental progress towards the ideal of being normal, and are discouraged, ignored and shunned for in any way being autistic. Having learned intensively through most of their waking hours for many years that being autistic is wrong, many of these children — as reported by autism advocates and in cases like *Bettencourt* — “disintegrate,” become distressed and out of control, and cannot function at all when there is any reduction of the reinforcement that they depend on.

While I do not have time to challenge all the unscientific autism statistics which have been rampant in these hearings, any objective examination of the extravagant claims made here by autism advocates will demolish any notion that these advocates are at all concerned with science, research, ethics, or evidence. Critical thinking is required. For example, anyone proposing that there is an explosion, epidemic, or otherwise staggering increase in the prevalence of autism does so without a scientific leg to stand on. You should notice that every attempt is made by autism advocates to make everyone terrified of autism and autistic people, and you should notice that there is no factual or ethical foundation for this relentless campaign of fear and intolerance. You should notice that autism advocates, with the full cooperation of people like yourselves, are working hard to ensure that autistics will never receive the help we need to succeed as autistic people. Unless you reconsider, you are standing alongside autism advocates and ensuring that Canadians will never find out what autistics can achieve in a society where it is okay to be autistic.

**The Deputy Chairman:** Michelle, I would ask you to make your important points because I have to leave time for the other two witnesses.

**Ms. Dawson:** I have recommendations if you want to hear them.

**The Deputy Chairman:** Okay.

**Ms. Dawson:** The first recommendation for this committee is that this committee and the Senate, as a whole, apologize to autistic Canadians for using your power and resources to promote and distribute false and pejorative information about autistics which is likely to be damaging and dangerous for us.

sommes soit horriblement malades, soit en parfaite santé, selon ce dont des non autistes ont besoin. Les porte-parole des autistes qui prétendent nous représenter nous considèrent comme d'insupportables fardeaux et ne parviennent pas à envisager que nous ayons besoin d'autre objectif que de devenir non-autistes. Ils ne peuvent pas imaginer qu'un autiste puisse réussir en tant qu'autiste. Ils ne manifestent aucun intérêt à aider les autistes à se faire respecter, accepter et aider pour réussir en tant qu'autistes.

L'arrêt *Wynberg* a également établi que les enfants qui participent à des programmes ABA se font dire que l'autisme est quelque chose de très mauvais. On leur dit qu'il est important qu'eux-mêmes se débarrassent intégralement de leur autisme, mais qu'en outre, tout élément d'autisme doit être totalement éliminé chez tous les individus. On félicite les enfants pour le moindre progrès vers l'idéal de la normalité et on les ignore ou on les méprise pour tout ce qui témoigne de leur autisme. Une fois qu'ils se sont fait dire pendant leurs heures de veille, plusieurs années durant, que l'autisme est mauvais, la plupart de ces enfants — comme le disent les porte-parole de l'autisme et comme on l'affirme dans des arrêts comme *Bettencourt* — se « désintègrent », succombent au désarroi, échappent à tout contrôle et deviennent incapables de fonctionner normalement dès que l'on réduit le renforcement dont ils dépendent.

Je n'ai pas le temps de contester toutes les statistiques non scientifiques sur l'autisme dont on a fait état au cours de ces audiences, mais un examen objectif des revendications extravagantes des porte-parole de l'autisme montre que ces derniers ne se préoccupent nullement de science, de recherche, d'éthique ou de preuves. La pensée critique est indispensable. Par exemple, ceux qui affirment qu'on assiste à une explosion, une épidémie ou une augmentation vertigineuse de la prévalence de l'autisme le font sans la moindre preuve scientifique. Vous remarquerez que les porte-parole de l'autisme font tout pour terroriser la population à propos de l'autisme des autistes, mais que cette campagne de peur et d'intolérance est dépourvue de tout fondement factuel ou éthique. Vous remarquerez encore que les porte-parole de l'autisme s'efforcent, avec la pleine coopération de gens comme vous, de faire en sorte que les autistes ne reçoivent jamais l'aide dont ils ont besoin pour réussir en tant qu'autistes. Sauf à changer d'attitude, vous avez pris le parti des porte-parole de l'autisme et vous faites en sorte que les Canadiens ne sauront jamais à quoi les autistes peuvent parvenir dans une société où il n'est pas interdit d'être autiste.

**Le vice-président :** Michelle, je vous demanderais de nous présenter vos arguments essentiels, car il faut que les deux autres témoins aient le temps de s'exprimer.

**Mme Dawson :** J'ai des recommandations à vous faire, si vous voulez bien les entendre.

**Le vice-président :** Parfait.

**Mme Dawson :** Premièrement, je demande à ce comité et à au Sénat de s'excuser auprès des Canadiens autistes d'avoir utilisé leur pouvoir et leurs ressources pour diffuser et promouvoir une information mensongère et diffamatoire concernant les autistes, qui ne peut que leur être dommageable.

Second, further, that this committee include this apology in their final report arising from these hearings, and that this final report should exclude all false, pejorative, damaging and dangerous portrayals of autism and autistic people.

Third, that the above-mentioned final report make it clear that autism is not a mental illness, that autism is receiving a great deal of attention due to the efforts of autism advocates, and that this attention, because it arises from factually false and ethically indefensible portrayals of autistic people, has harmed and damaged us.

Fourth, and last, that the same report acknowledge that autistics, like non-autistics, can suffer from mental illnesses, but that autistics, due to living in a society which demeans and disrespects us, and accords us no rights, has specific problems with situational depression, self-hate, lack of any sense of worth, and suicidal ideation or suicide. This is not, in any way, due to being autistic, but due to constant messages from our society and its leaders that we are worthless, wrong, and an appalling burden on everyone.

**The Deputy Chairman:** Michelle, I will interrupt you there and ask you to file the rest of your recommendations with us, and we may have time in the question period to get through them.

**Ms. Dawson:** Okay.

**The Deputy Chairman:** I have to leave time for the other two witnesses.

[Translation]

**Ms. Maria Labrecque Duchesneau, Au cœur des familles agricoles:** Mr. Chairman, I have five minutes to present Au cœur des familles agricoles. My work focuses on the psychological distress of farmers. I decided to speak to you from the heart and not through a written brief.

I have been working with farmers for five years now and I have noticed that the stress is everywhere and harder and harder for farming communities.

You are certainly aware of the fact that suicide rates among farmers are quite high, throughout Canada. Au cœur des familles agricoles main mission is to create a network within the farming community.

Why? Because farmers trust other farmers. Because doctors have often told them, take two weeks off. And you cannot take two weeks off, when you are a farmer.

Several factors lead to this distress, including the weather. It is stressful to have to adjust to it. Production costs are hard to meet; there is the issue of prices, globalization, and farm transfers.

Deuxièmement, votre comité devrait inclure ces excuses dans le rapport qui devrait conclure ces audiences, en excluant de ce rapport toute représentation fausse, diffamatoire, préjudiciable et dangereuse de l'autisme et des autistes.

Troisièmement, ce rapport final devra établir clairement que l'autisme n'est pas une maladie mentale, qu'on lui consacre beaucoup d'attention à cause des efforts des porte-parole de l'autisme et que cette attention, qui découle d'une représentation fautive et moralement indéfendable des autistes, nous a gravement porté préjudice.

Quatrièmement et finalement, ce même rapport doit reconnaître que comme les non autistes, les autistes peuvent souffrir de maladies mentales, mais que comme ils vivent dans une société qui les rabaissent, les méprisent et ne leur reconnaît aucun droit, ils ont des problèmes spécifiques de dépression circonstancielle, de haine de soi, de manque d'estime de soi, de tentations suicidaires ou de suicide, non pas à cause de l'autisme, mais à cause des messages constamment véhiculés par la société et par ses leaders d'opinion, selon lesquels nous sommes des êtres indignes, mauvais et un insupportable fardeau pour tout le monde.

**Le vice-président :** Michelle., je vais vous interrompre et vous demandez de nous remettre le reste de vos recommandations, sur lesquelles nous pourrions revenir à l'occasion des questions.

**Mme Dawson :** D'accord.

**Le vice-président :** Je dois réserver du temps pour les deux autres témoins.

[Français]

**Mme Maria Labrecque Duchesneau, Au cœur des familles agricoles :** Monsieur le président, j'ai cinq minutes pour présenter Au cœur des familles agricoles. Je travaille sur la détresse psychologique des producteurs agricoles. Je fais le choix de vous parler avec le cœur et non pas avec un texte.

Cela fait déjà cinq ans que je travaille auprès des producteurs agricoles et je m'aperçois depuis ce temps que la détresse est omniprésente et qu'elle est de plus en plus difficile à vivre dans un contexte agricole.

Vous n'êtes pas sans savoir que le taux de suicide auprès des producteurs agricoles est assez élevé, et ce, à travers le Canada. La première mission de Au cœur des familles agricoles est de créer un réseau à l'intérieur même du milieu agricole.

Pourquoi ? Parce qu'un producteur fait confiance à un autre producteur. Parce qu'il s'est fait souvent dire par le médecin : Prends deux semaines de congé. Et cela ne se fait pas de prendre deux semaines de congé, quand on est en agriculture.

Plusieurs facteurs viennent appuyer le constat de la détresse auprès des producteurs agricoles, ne serait-ce que la température. C'est un stress de devoir travailler avec celle-ci. Le coût de production qu'on n'arrive pas à atteindre, les prix, la mondialisation, bref les transferts de ferme.



Today, the average farm owner is approximately 50 years old, or more. At the moment, Canada is seeing farmers hand over the farm to their children. This process is not conflict-free, and requires money. It is not as simple as one might assume.

When knowledge meets experience, as all of you who are parents here know, negotiating with children is the challenge of a lifetime.

And another significant stress factor is having to live with one's family for life. Add to that the extended family: Dad, mom, the young man gets married, the young woman gets married, has children. All of these people live in close proximity.

Moreover, farmers do not take much vacation time, because they don't really run their business. What I mean to say is that their business runs them. The process has become so burdensome that producers do not see the light at the end of the tunnel. I have gone throughout the country, and people from New-Brunswick, PEI or British Columbia, throughout Canada, have asked Au Cœur des familles agricoles to get involved in their sector.

If this has not been done, it is quite simply because I have not had the time or the energy to get there. At the moment, there is a study being carried out by the Rural Secretariat as well as the Canadian Farm Business Management Council. They are planning on taking up the torch, and at that point I will become a resource person for them.

So these people work seven days a week for very little income. It may seem otherwise to an outsider who may see land in Quebec as being of high value, but farmers also have debts to go along with that, so in the end, they are far from millionaires.

Now, as to how I reach out to farmers: I just go to them. For the time being, people have to seek out health care; I say: health should come to you.

I open myself up and make my clients available to researchers who can help find ways to bring health to farmers, not the other way around. Farmers are hard-working people, as I have stated.

I will give you an example: farmers read agricultural publications. Information about health can be found in general interest papers, such as *The Gazette* or *La Presse* et cetera. But farmers read farm newspapers religiously, as though they are reading the Bible.

**Senator Pépin:** *La Terre de chez nous.*

**Ms. Labrecque Duchesneau:** *La Terre de chez nous*, precisely.

La moyenne d'âge des propriétaires de fermes, aujourd'hui, est de cinquante ans, et plus. Au Canada présentement nous sommes dans un processus de retransmission de la ferme à notre progéniture. Mais cela ne se fait pas sans conflit et sans argent. Ce n'est pas si simple que cela.

Vous savez quand les connaissances rencontrent l'expérience, pour tous ceux qui sont parents ici, ce n'est pas toujours facile de négocier avec des enfants toute notre vie.

Un autre facteur de stress très important est celui de devoir vivre en famille constamment. Rajoutez la famille élargie : papa, maman, fiston se marie, la jeune fille se marie, a des enfants. Tout ce beau monde vit dans une situation de grande proximité.

De plus, les producteurs agricoles prennent très peu de vacances, parce que ce n'est pas eux qui mènent leur entreprise. Je veux dire que c'est l'entreprise qui mène les producteurs. La roue est rendue tellement grande et lourde à porter que les producteurs ne voient plus la fin des problèmes. J'ai fait le tour du pays : que ce soit au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard ou en Colombie-Britannique, dans l'ensemble du Canada, on a demandé Au Cœur des familles agricoles d'être introduit dans leur secteur.

Si ce n'est pas fait, c'est tout simplement parce que je n'ai pas eu le temps et l'énergie de m'y rendre. Présentement, il y a une étude qui se fait par le secrétariat rural fédéral et par le Conseil canadien de la gestion d'entreprise agricole. Ils comptent reprendre le flambeau et je deviendrais alors une personne-ressource pour eux.

Alors, comme c'est un travail sept jours sur sept et que les producteurs ont très peu de revenus, même si cela peut vous sembler autrement vu de l'extérieur, oui, les terres du Québec valent assez cher, mais les dettes vont avec ce qu'ils possèdent ; ce qui fait que non, ils ne sont pas millionnaires.

Alors, pour vous donner un aperçu de comment on peut rejoindre des producteurs agricoles : ma façon de procéder c'est d'être là où sont les producteurs. Présentement, on doit se rendre à la santé; moi, je dis : la santé se rend à toi.

J'ouvre les portes de toutes mes connaissances et de tous mes clients aux chercheurs pour trouver des pistes afin que la santé s'amalgame avec le producteur, et non le contraire. Les producteurs sont des personnes qui travaillent comme je vous l'ai dit.

Je vais vous donner un exemple : les producteurs lisent des journaux agricoles. Lorsqu'on parle de santé, c'est dans des journaux plus généraux, que ce soit *La Gazette* ou *La Presse* ou d'autres. Mais les producteurs eux, lisent des journaux agricoles comme une religion, comme une Bible.

**Le sénateur Pépin :** *La Terre de chez nous.*

**Mme Labrecque Duchesneau :** *La Terre de chez nous*, exactement.

In reading all the documents, I saw a link with aboriginal people. Farming is a world unto itself. Farmers understand one another. When they get married, they avoid getting married around the time the cows have to be milked. Everything revolves around the business.

However, there does not seem to be much room for health, so Au coeur des familles agricoles has decided to come around to farmers. Personally, I go onto the land with farmers, I pick up stones with them, perhaps not every day. Quite simply I do what they do, with them.

I come from an agricultural background. Thirty years ago, yes, it was about religion, and I was reminded of that by Sister Lena. My father was a practicing Catholic, and on Sunday, on the Lord's Day, we rested.

We said the Holy Rosary as a family. You know all about this. But today, things have changed. It is about production, and performance. Today, it is about getting things done quickly, because it may rain tomorrow and it has to get done today.

The spring and the fall are two very intense seasons for farmers, who do not get much sleep then. They have to dry the corn. So, in order to talk to farmers, I have to wait until the winter. But in this day and age, is it normal for a dairy producer to have to find himself another job to make ends meet? Is it normal for a pork producer to have to get involved in processing, and marketing?

Actually, I mentioned someone who got involved in processing, to illustrate how important their farm is to them, how far they will go. These businesses are handed down from generation to generation, it is in their blood, it is in their genes; farm farmers give their heart and soul to their business. They would rather die than have to declare bankruptcy and leave their farm. They would rather die or leave rather than have others realize they just cannot make it.

Yes, farmers have very high suicide rates, but it is all due to what agriculture has become today.

I am making an essential request today. I must act quickly, I am turning a page, but I did notice a sentence in the questionnaire from your third report that states:

What should be the top priorities for the federal government as it starts the process of changing the way it delivers mental health services and addiction treatment to Aboriginal Canadians?

Let us replace the words "Aboriginal Canadians" without wanting to diminish the importance of what they are going through, with the words "Canadian farmers."

I would ask you to consider agricultural families as a target priority group: we need to gain a better understanding of the distress these families deal with; we must carry out new research on this group — the figures we have date back to 1987 — we must focus on agricultural families rather than expect them to

En lisant tous les documents, j'ai fait le lien avec les Autochtones. C'est un monde en soi, celui de l'agricole. Ils se reconnaissent entre eux et se comprennent. Quand ils se marient, c'est à des heures autres que l'heure de la traite. Tout est géré autour de l'entreprise.

Par contre, la santé a de la misère à trouver les pistes de solution, alors Au cœur des familles agricoles on a décidé de faire un tour chez les producteurs. Moi, je marche sur la terre avec les producteurs, je ramasse des roches avec eux, pas tous les jours, il ne faut pas penser comme cela quand même. Ma façon d'être, c'est d'être comme eux, avec eux.

Je viens du milieu agricole. Si je regarde trente ans en arrière, oui, c'était la religion, les propos de Soeur Lena me l'ont rappelé tout à l'heure. Pour mon père, dans sa religion pratiquante catholique, le dimanche, c'était le jour du Seigneur, on faisait le minimum et on se reposait.

On disait le chapelet en famille. Vous connaissez tous cela. Mais aujourd'hui ce n'est plus cela, c'est la production, c'est la performance ; aujourd'hui c'est : fais ça vite, puis il va pleuvoir demain et ça doit se passer maintenant.

Le printemps et l'automne sont deux saisons très intenses où les producteurs ne dorment pas beaucoup, où l'on doit sécher le maïs. Bref, je ne peux rejoindre les producteurs qu'à l'hiver. Mais de nos jours, dans le domaine agricole, est-ce normal que pour arriver, un producteur laitier doive se trouver un autre travail ? Est-ce normal qu'un producteur de porc doive se lancer dans la transformation, dans le marketing ?

D'ailleurs, je vous ai cité quelqu'un qui s'est lancé dans la transformation, juste pour illustrer l'importance de leur ferme, comment ils veulent arriver. Ce sont des entreprises transmises de génération en génération, c'est comme incrusté dans leur peau, c'est dans leurs gènes ; c'est fort un producteur agricole au niveau de son entreprise. Il choisira de mourir plutôt que de quitter son entreprise par faillite. Il pensera à mourir ou à quitter plutôt que de démontrer aux autres qu'il n'arrive pas.

Oui, le taux de suicide est très important en agriculture, mais tout est basé sur comment est devenue notre agriculture aujourd'hui.

Ma demande est essentielle aujourd'hui. Il faut que je fasse vite, je tourne la page, mais j'ai relevé une phrase dans le questionnaire du 3<sup>e</sup> rapport qui dit :

Quelle devrait être la principale priorité du gouvernement fédéral lorsqu'il commencera à réformer la manière dont les services de santé mentale et de traitement contre la toxicomanie[...] C'était pour les Autochtones.

J'ai enlevé le mot « Autochtones », sans vouloir en diminuer l'importance et j'ai rajouté : « les producteurs agricoles canadiens ».

Je vous demande d'introduire, comme groupe cible prioritaire, la famille agricole : mieux comprendre la détresse vécue en milieu agricole; établir de nouvelles recherches au niveau de cette clientèle — les chiffres qui existent présentement datent de 1987 —; créer de nouvelles approches qui ressemblent au milieu



come to us; and we have to recognize that in order to reach out to farmers we have to focus on their businesses — this is very important — and we must be innovative in setting up a central community liaison.

Earlier on we were talking about what could be done to improve mental health. I believe in a central community liaison figure. I think we all live in a speeded up society. At night, when we go to bed, we think: Good God, what a lot of things I did today! But it is like this 365 days a year. I am convinced you are here for work, and far from your families today.

A community representative in rural areas is important because you need a non-political person, who has a good understanding of his community and can say: listen, are you ready to set aside 10 minutes a day for such and such a person? Oh yes, let us see, you are a dentist, et cetera.

In the end, people can help one another, they just have to be asked. This community resource person would be responsible for doing the work you and I and our communities do not have time to do. It would be important for someone to be there to give us a picture of their municipality and create that link.

Who would be this community representative? I have a friend who has multiple sclerosis and who has enough strength to get to the toilet at 9 a.m., but the services that have been offered to her start at 1 p.m. So she has to sit on the toilet until 1 p.m..

I have had to move heaven and earth, because she does not live close to me, but she does live in the city I was born in, so I do know many people there. I made phone calls and it did not work. People said to me: "I would like to, but you see, I will be bowling, I will not have time." Or "I am finally retired, what more do you want from me?"

This is where individualism has taken us, even in our rural regions, people are incredibly self-centred. So this community link would give people the feeling of belonging to their community.

Let's face it, in small municipalities there are no more priests; there is no post office to help us maintain these connections. In small municipalities, there is no postman, so when we go pick up our mail, we say "Hello, how are you?" Take for example the religious community that hired a private firm to see why there was such an uneasiness within their group. Well, it had to do with the cafeteria and that the brothers were no longer engaging in conversation. The suggestion was to put bread and butter on the table, so people would say things such as "May I have the butter, please?" "Can you pass me the bread, please?"

There are simple ways to get people to interact in the morning. With my farm producers, I say "Did you thank your son recently for all the work that he does?" "If you had ten things to do, and

agricole et non pas qui ressemblent à la santé; et, reconnaître qu'il faille passer par l'entreprise pour rejoindre un producteur — cette dernière phrase est très importante — innover dans l'établissement d'un pivot communautaire.

Tantôt on parlait de ce qu'on peut faire au niveau de la santé mentale. Je crois à un pivot communautaire. Je pense qu'on vit tous dans la même société à double vitesse. Le soir, quand on se couche, on se dit : Dieu du ciel qu'on en a fait des choses aujourd'hui! Mais c'est ainsi 365 jours par année. Je suis persuadée que vous êtes loin de votre famille aujourd'hui, pour travailler.

Un pivot communautaire en milieu rural c'est 'plus qu'important, parce qu'un pivot communautaire c'est une personne non politisée, qui a regardé sa communauté et qui peut dire : Vous, êtes-vous prêt à me donner dix minutes par jour pour telle personne ? Ah! bien, regardons donc, vous, vous êtes dentiste, et ainsi de suite.

Bref, chaque personne peut aider une autre personne, il faut juste l'interpeller. Ce pivot communautaire se chargera de faire ce travail pour lequel vous et moi n'avons pas de temps, pas plus que dans vos propres communautés. Mais une personne dont l'emploi serait de donner un portrait de sa municipalité et de faire en sorte qu'on ait un lien.

D'où vient le pivot communautaire ? J'ai une amie qui souffre de sclérose en plaques et qui a la force d'aller s'asseoir sur le cabinet de toilette à 9 h 00 le matin, et le service qu'on lui offre, pour l'aider, est en après-midi, à 13 h 00. Alors, elle reste sur le cabinet de toilette jusqu'à 13 h 00.

J'ai dû faire des pieds et des mains, parce que ce n'est pas près de chez moi, mais c'est dans ma municipalité de naissance, j'y connais donc quand même beaucoup de personnes. J'ai fait des téléphones et cela n'a pas marché. Je reçois des réponses telles : « Bien oui, mais c'est parce que je joue au bowling, je n'ai pas le temps. » « Je viens d'arriver à ma retraite, comment veux-tu que je me donne? »

L'individualisme, c'est là où on en est rendu, même dans notre milieu rural, c'est un degré d'individualisme beaucoup trop grand. Alors, la fonction du pivot communautaire serait de redonner le sens d'appartenance de chacun dans sa communauté.

Parce qu'il faut bien l'admettre : dans une petite municipalité, on n'a plus de curé; on n'a plus de bureau de poste qui nous aide à maintenir des liens. Parce que dans les petites municipalités, on n'a pas de facteur, alors quand on va chercher le courrier, on se dit : « Bonjour, comment ça va ? » À titre d'exemple, une étude a illustré une communauté religieuse qui a engagé une firme privée pour savoir pourquoi il y avait un malaise dans leur groupe. Bien, c'était la cafétéria qui avait fait en sorte que les frères se parlaient moins. La suggestion a été de remettre le pain et le beurre sur la table, pour entraîner des échanges tels que : « Me passerais-tu le beurre, s'il te plaît ? » « Me passerais-tu le pain, s'il te plaît ? »

C'est par des moyens simples qu'on arrive à se dire bonjour le matin. Avec mes producteurs agricoles, je suis obligée de leur dire : « Avez-vous remercié votre fils dernièrement pour tout le

nine of them are done, why are you talking to him about the tenth one that is not done?" Small things make a big difference. This is how I work with them.

Let me come back to the community representative. The community representative is informed about health resources and local resources; he is informed about the resources offered by the government and community organizations.

It is fitting to give special importance to our agriculture, because as you know, it is a part of our basic principle, the Maslow pyramid, which means that we need to be fed and clothed before passing on to another sphere. Food is important. People are so ignorant of farm farmers that I can give you two or three small examples that will make you chuckle.

Did you know that eggs are a dairy product? Yes, indeed! Do you think that people who say this have no education? Did you know that ham is not pork? Yes, ladies and gentlemen, I have heard them say things like that.

People do not know what farmers do. It is time to give them back their due. Because from what I can see, all across Canada, our agriculture is in jeopardy; and I mean every word I say, because things are changing in an amazing way.

Mr. Chairman, let me make a brief personal aside. The people who came before us wanted to know what could be done. I have a sister with a serious mental illness, and we raised the issue of families. Let me tell you that families also have their limits and all too often, patients are returned to their families too soon.

It is no easy task to spend one's life with a person who has a serious mental problem, believe me, you have to have experienced it to get it. I would love to speak to you about happiness, but I have more sad than happy things to say about that situation.

I have one clear request to make to you, namely, change the legislation. Change the legislation because for families, our only resort is a judge. When my sister takes her medication, she is well, but when she decides to stop, the horror stories begin. We have absolutely no rights at all, is always 18. This is illogical, because she is not 18 all the time. But the legislation says that she is.

I had another problem with a child I adopted. At the age of 14, even if there is a real problem, the child has the right to refuse to see a counsellor. But what rights do I have as a mother to help that child? I do not have any.

Sad to say, my father is 90 years old, and who will take care of my sister? Our mother has passed away. Let me tell you that families have their limits. Put yourself in my place, as I sit and watch the 5 p.m. news on television and learn that my sister is shackled hand and foot, what would you do? We knew that there was a problem and that she had fallen through the cracks of the

travail qu'il faisait ? » « Si vous aviez dix choses à faire, puis qu'il y en a neuf de faites, pourquoi vous lui parlez de la dixième qui n'est pas faite ? » C'est par des petites choses qu'on arrive à faire quelque chose de bien. C'est de cette manière dont je travaille avec eux.

Je reviens au pivot communautaire. Le pivot communautaire, est informé des ressources de la santé, les ressources de sa place; il est informé des ressources que le gouvernement offre et des organismes communautaires.

C'est le propos de mettre une importance particulière à notre agriculture, parce que voyez-vous, celle-ci fait partie de notre principe de base, la pyramide Maslow, se nourrir et se vêtir avant d'arriver dans une autre sphère. La nourriture est importante. L'ignorance du monde des producteurs agricoles est tellement grande que je vais vous donner deux, trois petites choses qui sont très rigolotes.

Saviez-vous que des oeufs sont un produit laitier ? Eh oui! Pensez-vous que ce sont des gens pas instruits qui me disent ça ? Est-ce que vous saviez que du jambon n'est pas du porc ? Oui, mesdames et messieurs, je me suis fait dire ça.

C'est la méconnaissance de ce que sont les producteurs. Il est temps de leur redonner leurs lettres de noblesse. Parce qu'avec tout ce que je vois, et ce à travers le Canada, notre agriculture est en péril; et je pèse mes mots en vous le disant, parce que le portrait change et drôlement.

Monsieur le président, je me permets de faire un petit écart personnel. Les personnes avant nous se demandaient : qu'est-ce qu'on peut faire ? Moi, j'ai une soeur qui a une grave maladie mentale et on a parlé de la famille. J'aimerais vous dire que la famille a ses limites aussi et qu'on a trop tendance à retourner rapidement la personne affectée dans la famille.

Vivre toute sa vie avec une personne ayant une difficulté mentale grave, il faut le faire ; il faut le vivre pour le croire. J'aimerais bien vous raconter des choses sur le bonheur, mais j'ai plus de choses tristes à dire dans ce contexte-là que sur le bonheur.

J'ai une demande expresse à vous faire, c'est de changer la loi. Changer la loi, parce que nous, la famille, notre seul recours c'est le juge. Quand ma soeur prend sa médication, ça va bien, mais quand elle décide de l'arrêter, c'est là que les histoires d'horreur commencent. Nous n'avons aucun, mais aucun droit, elle a dix-huit ans tout le temps. C'est là l'illogisme, parce qu'elle n'a pas dix-huit ans tout le temps. Mais la loi stipule qu'elle l'a tout le temps.

J'ai eu un autre problème avec un autre enfant que j'avais adopté. À quatorze ans, même si un problème est réel, le jeune a le droit de refuser de consulter. Mais quel est mon droit en tant que mère pour aider cet enfant-là ? Je n'en ai plus.

C'est triste à dire, mais mon père a quatre-vingt-dix ans, qui va être responsable de ma sœur ? Ma mère n'est plus là. Je vous dis que la famille a ses limites. Si vous étiez à ma place, assise devant le bulletin de nouvelles de 17 heures et que vous appreniez par le petit écran que votre sœur a les menottes aux pieds et aux mains que feriez-vous? Nous savions qu'il y avait un problème et que la



psychiatric system at some point. My heart was in my mouth. We are trapped in a legal system, and a second round is already beginning.

I said that families have their limits. Families have never been listened to. Many psychiatrists say, although a mentally ill person affects many people around them, they would say: this lady is my client. They never want to listen to the family. I have never sat down before a psychiatrist, nor did my mother, although we did request to do so.

Families have their limits. It is not that they want to wash their hands of the problem and have some peace, but they want workers in the field of psychiatry to understand that they must take their responsibilities in hand. We all had to sign a waiver of responsibility.

Indeed, it is painful to spend 45 years with a sick person. I still find it hard to talk about this, because up to now, has anyone sat before you and said, yes, I am a family member?

I would be ready to work with all the researchers in the world, but I have spent 45 years of my life with my sister, and researchers never come to our home, nor do physicians. I even witnessed a five-minute telephone consultation with my sister, without mentioning all the medication that has been tried and prescribed, because I can tell you about all the diagnoses that go with it. They change about every three years. So, explain to me how I should react.

My God! I have spoken a great deal, and I am sorry, Mr. Chairman. This comes straight from the heart. Let me repeat to you how important it is to think of the rural environment, the agricultural environment; we need our agriculture. And I tell you that this is not happening only in Quebec. I have met people from New Brunswick, from British Columbia, from Saskatchewan, from Manitoba, from Prince Edward Island and from Ontario, and the problem exists everywhere.

[English]

**Ms. Audrey Bean, Copresident, L'Abri en Ville:** It is so interesting to hear these other two presentations, and I suppose in one sense, neither of them contain good news. I have something to tell you that is very good news, and it links, to some extent, to what Maria Labrecque and Michelle Dawson have said, because they talked about isolation and the kind of isolation that people with autism and mental illness, such as Maria's sister, experience.

I represent a group called L'Abri en Ville that was formed 14 years ago out of the concerns of a Social Justice Committee of a number of downtown churches. They looked around, they met to consider urban issues of social justice, and they started a group called "Auberge Madeleine," which is a shelter and still exists in Montreal. What they saw at that time, about 14 years ago, was that people with a mental illness were being de-institutionalized from the hospitals.

responsabilité psychiatrique l'avait comme oubliée quelque part. Le cœur vous fait juste un tour, juste un tour. Nous sommes coincés dans un système juridique, et c'est encore un deuxième tour qui commence.

Je dis : la famille a des limites. On n'a jamais voulu écouter la famille. Plusieurs psychiatres disaient, parce qu'il en passe beaucoup de monde dans la vie d'une personne atteinte de maladie mentale, ils disaient : Bien, mon client c'est madame. On n'a jamais voulu écouter la famille. Je ne me suis jamais assise devant un psychiatre, ma mère non plus et pourtant on a fait la demande.

La famille a des limites. Pas pour avoir la paix, mais pour faire comprendre aux travailleurs en psychiatrie qu'il fallait qu'ils prennent leur responsabilité. On a dû tous signer une dérogation de responsabilité.

Alors, oui, vivre quarante-cinq ans avec une personne malade, c'est souffrant. J'ai encore de la misère à vous en parler, parce qu'à date, est-ce qu'il y a quelqu'un qui s'est assis devant vous pour dire : Oui, je fais partie de la famille.

Moi, je suis prête à collaborer avec tous les chercheurs de la terre, mais j'ai quand même quarante-cinq ans de vie avec ma soeur, et les chercheurs ne viennent pas chez nous, les médecins ne viennent pas chez nous non plus. J'ai même déjà vu une consultation de cinq minutes par téléphone avec ma soeur et cela sans compter tous les médicaments qui y sont passés, essayés et diagnostiqués, parce que je peux vous dire tous les diagnostics qui accompagnent cela aussi. Ils changent à peu près à tous les trois ans. Alors, expliquez-moi comment je devrais réagir.

Mon Dieu ! j'en ai dit beaucoup, je m'excuse, monsieur le président. Ça vient du cœur. Je vous réitère l'importance de penser au milieu rural, le milieu rural agricole; on a besoin de notre agriculture. Et je vous dis que cela ne se passe pas qu'au Québec. J'ai rencontré des gens du Nouveau-Brunswick, de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de la Manitoba, de l'Île-du-Prince-Edouard et de l'Ontario, et le problème est partout.

[Traduction]

**Mme Audrey Bean, coprésidente de l'Abri en ville :** J'ai trouvé ces deux exposés très intéressants mais je suppose, en un sens, qu'ils n'apportent pas de bonnes nouvelles. J'ai par contre une très bonne nouvelle à vous annoncer; elle rejoint dans une certaine mesure les propos de Maria Labrecque et de Michelle Dawson, qui ont parlé de l'isolement que connaissent les autistes et les malades mentaux, comme la sœur de Maria.

Je représente un groupe qui s'appelle l'Abri en Ville, qui a été formé il y a quatorze ans à la lumière des préoccupations du Comité de justice sociale d'un certain nombre d'églises du centre-ville. Les membres du comité se sont rencontrés pour étudier les questions urbaines de justice sociale et ils ont formé un groupe appelé « Auberge Madeleine » pour ouvrir un abri qui existe toujours à Montréal. À l'époque, il y a quatorze ans, ils ont constaté que le milieu hospitalier désinstitutionnalisait les maladies mentales.

That was good news in one way because it was partly because of the advances in medication, and the fact that people could function on their own in many cases with follow-up from their team at the hospital. One thing that was clear was the housing situation. Many times, people, for lack of housing, would fall into the hands of the law. Many of the housing solutions were along a kind of continuum, with hospitalization at one end as a kind of housing solution, and then a number of places that people could go that were temporary, but these all had a limit.

They heard from someone on the West Island named Shelagh Coinner who had started a group called Create a Rehabilitative Environment, CARE, and that group had looked at the issue of those with a serious mental illness who had, nevertheless, insight into their illness, and who had a kind of mental illness like schizophrenia, for example, where they could live in community. There are some diagnoses that cannot live in community, for example, personality disorders and obsessive compulsive disorders. These people often need to live on their own. However, there are others, and one of those certainly is schizophrenia, where often communal living works well.

What they did was to interest various churches in renting an apartment, and creating a circle of friends from among the congregation of that church. This was not religious and was not intended to be religious, but it was calling on churches because churches have a sense, an ethic, of welcoming the stranger. They know what it is to welcome the stranger. Eventually, they had 10 apartments of three persons each, and the supportive social structure.

That is what L'Abri en Ville replicated, but in the more urban downtown environment. That has been going for 14 years now. We have 10 apartments, each of which has three persons with a serious mental illness, but who are committed to taking their medication and who can live in community.

Then, we form a circle of friends for each apartment, and we have a core staff that have weekly house meetings. As in any little community, there are problems that need solving and things that need to be discussed, but those generally can be worked out with the help of a coordinator. They happen to be social workers, but it would not be entirely necessary.

We work with the psychiatric institutions to identify people who would benefit from our particular kind of living arrangement. We deal with two things that are essential to stability for someone with a mental illness. One is permanent housing, a home, a place where they can invite people to, a place that reinforces a sense of identity, and a place from which they can then re-relate to their families. Maria's sister, for example, let us say if she could find a way of living apart, that healing of the relationship with the family is quite extraordinary, sometimes.

C'était une bonne nouvelle en un sens, car ce mouvement résultait des progrès de la pharmacologie, les malades étant capables de s'assumer eux-mêmes dans bien des cas grâce à un suivi assuré par leur équipe hospitalière. Mais le problème du logement s'est posé de façon évidente. Bien souvent, faute de logement, ces personnes se retrouvaient devant la justice. Bien des formules de logement formaient un spectre, avec d'un côté l'hospitalisation comme forme de solution de logement et de l'autre, divers endroits qui pouvaient servir de logements temporaires, mais de façon limitée.

On a alors entendu parler de quelqu'un de West Island, Shelagh Coinner, qui venait de former un groupe appelé Create a Rehabilitative Environment, ou CARE, et ce groupe s'occupait des personnes présentant une grave maladie mentale, qui était cependant conscientes de leur maladie, la schizophrénie, par exemple, et qui pouvaient vivre en communauté. Cette forme de vie en communauté n'est pas possible lorsqu'on a diagnostiqué, par exemple, des troubles de la personnalité ou un trouble obsessionnel-compulsif, auquel le cas le patient a besoin de soins spécifiques, mais pour les autres, notamment les schizophrènes, la vie en communauté donne de bons résultats.

Le groupe a sollicité plusieurs églises pour obtenir la location d'un appartement et pour créer un cercle d'amis parmi les fidèles. Ce n'était pas une démarche à caractère religieux, mais elle faisait appel aux églises qui, par leur sens éthique, sont toujours prêtes à accueillir l'étranger. Elles savent comment il faut l'accueillir. Finalement, le groupe a obtenu dix appartements accueillant chacun trois personnes, ainsi qu'une structure sociale de soutien.

La même formule a été reprise par l'Abri en Ville, mais dans l'environnement du centre-ville. L'expérience se poursuit depuis quatorze ans. Nous avons dix appartements, dont chacun accueille trois personnes présentant une maladie mentale grave, qui s'engagent à prendre leurs médicaments et qui peuvent vivre en communauté.

Ensuite, on forme un cercle d'amis pour chaque appartement, et nous disposons d'un personnel de base qui organise des réunions hebdomadaires dans chaque logement. Comme dans toute petite communauté, il y a des problèmes qu'il faut résoudre et des choses dont il faut discuter, mais on y parvient généralement avec l'aide d'un coordinateur, qui peut à l'occasion être un travailleur social.

Nous travaillons avec les établissements psychiatriques pour choisir les personnes qui profiteraient de ce mode de vie particulier. Nous nous occupons de deux aspects qui sont essentiels à la stabilité d'une personne ayant une maladie mentale. Le premier, c'est un logement permanent, un foyer, un endroit où elles peuvent inviter des gens, un endroit qui renforce leur sentiment d'identité, et à partir duquel elles peuvent ensuite renouer les liens avec leurs familles. Prenons l'exemple de la sœur de Maria, si elle pouvait trouver un mode de vie séparé, il arrive parfois que cela permette de rétablir de façon assez extraordinaire la relation avec la famille.



Then, we provide social support, so that we have dinners, people go to one another's houses and we provide that bridge back to the community for a person who has suffered the isolation that those with a mental illness so often suffer.

It is a model that is simple and can be done by any community. We are about a 100 people, with 30 residents, about 60 or 70 volunteers, and a working board of 20 people. We now have a grant. We had one from Human Resources Development Canada, and now one from the McConnell Foundation, to replicate our model in other communities in Canada.

If you know of people who are interested in providing this kind of a resource in their community, we invite you to contact us, because we have the resources and some funding to help other communities start this kind of a needed resource.

As far as linking to the Senate committee's mandate, I think, one, we provide an example of success and encouragement for client-centred work. We are a very client-centred organization, and we are an illustration of how successful that can be.

Then, we have a number of lessons that we have learned in our connection to the formal medical system, and in that respect we have a number of things to suggest, whereby working closely with community organizations like ours who have a link to the client could be improved. Those could be improved structurally, and they could be improved in terms of incentives. As we all know, any medical system, or any system, is held in place by a huge number of structures and systems, including, often, the reward systems and the incentive systems. Obviously, if you want to change to a more integrated system, and a more client-centred system, you have to look at those many systems and structures that are holding the current paradigm in place. There is just no way around that: if we want people to work as a team, we must reward them as a team.

All that is the hard work of implementing the things that you have recognized are weaknesses, and I am sure I cannot teach you much about that.

**The Deputy Chairman:** That is extremely interesting. How are you financed, again?

**Ms. Bean:** Out of a budget of, say, \$190,000 or \$180,000 a year, about \$35,000 comes from the Régie Régionale, and the rest we fund-raise ourselves. We are non-profit and we raise our own funds.

**The Deputy Chairman:** Maria, I want to confirm that we have heard the very same thing out in Western Canada about the farmers' networks, and so forth. I do not want to take any more time, because there are just a few minutes for questions.

Nous offrons ensuite un soutien social, c'est-à-dire que nous organisons des soupers, les gens se rendent visite et nous assurons ce pont vers la collectivité pour une personne qui a souffert de l'isolement que connaissent si souvent les personnes ayant une maladie mentale.

Il s'agit d'un modèle simple qui peut être mis sur pied par toute collectivité. Nous sommes une centaine de personnes, nous avons 30 résidents et environ 60 à 70 bénévoles, et un conseil d'administration d'une vingtaine de personnes. Nous recevons maintenant une subvention. Nous avons reçu une subvention de Développement des ressources humaines Canada, et nous en avons maintenant une de la Fondation McConnell, pour reproduire notre modèle dans d'autres collectivités au Canada.

Si vous connaissez des gens qui sont intéressés à offrir ce genre de ressources dans leurs collectivités, nous vous invitons à communiquer avec nous, parce que nous disposons des ressources et nous avons un certain financement destiné à aider d'autres collectivités à mettre sur pied ce genre de ressources dont on a besoin.

Pour ce qui est de faire le lien avec le mandat du comité sénatorial, je pense que tout d'abord nous représentons un exemple de réussite et d'encouragement du travail axé sur le client. Nous sommes une organisation très centrée sur le client, et nous incarnons l'efficacité de ce genre d'organisation.

Ensuite, nous avons tiré un certain nombre de leçons du lien que nous avons établi avec le système médical officiel, et à cet égard, nous avons plusieurs mesures à proposer pour améliorer la collaboration avec des organisations communautaires comme la nôtre qui établissent un lien avec le client. Il pourrait s'agir d'amélioration structurelle et d'amélioration au niveau des incitatifs. Comme nous le savons tous, tout système médical, ou tout système quel qu'il soit, est maintenu en place par un nombre énorme de structures et de systèmes y compris souvent le système de récompenses et d'incitatifs. De toute évidence, si vous voulez passer à un système plus intégré et davantage axé sur le client, il faut examiner les nombreux systèmes et les nombreuses structures qui gardent en place le paradigme actuel. On ne peut pas y échapper : si nous voulons que les gens travaillent en équipe, nous devons les récompenser en tant qu'équipe.

Il s'agit du dur travail de mise en œuvre des mesures qui permettront de combler les lacunes que vous avez constatées, et je suis sûr que je n'ai pas grand chose à vous apprendre à ce sujet.

**Le vice-président :** Cela est extrêmement intéressant. Comment êtes-vous financé, déjà?

**Mme Bean :** Sur un budget annuel d'environ 190 000 dollars ou 180 000 dollars, environ 35 000 dollars proviennent de la Régie régionale, et nous assumons le reste du financement nous-mêmes. Nous sommes une organisation à but non lucratif et nous recueillons nos propres fonds.

**Le vice-président :** Maria, je tiens à confirmer que nous avons entendu des commentaires identiques dans l'ouest du Canada à propos des réseaux d'agriculteurs et ainsi de suite. Je ne veux pas prendre plus de temps parce qu'il ne reste que quelques minutes pour les questions.

Michelle, I will read the rest of your recommendations. I have talked to you at length before, but I will read them carefully.

[Translation]

**Senator Pépin:** Good afternoon, Ms. Labrecque. As Senator Keon mentioned, we met families when we travelled through the Canadian west, but let me say that I was rather astonished when I realized that farms were disappearing at an alarming rate. In Quebec, for most of us, at least our grandparents lived on farms. For instance, I remember Saint-Grégoire very well.

Of course, there is great distress and you are making recommendations. In the west, we heard that there is already a telephone line where people can call in 24 hours a day for help and get referred so that they know where to go.

Then you mentioned a way of recognizing the signs of burn-out, and also that there should be a brochure on illnesses. But do we also have that? Do we have that open telephone line? Are we organized so that we can refer them?

**Ms. Labrecque Duchesneau:** Not for farmers alone. Currently, suicide prevention centres are responding. This does not mean that farmers will take the resources as such.

**Senator Pépin:** This is not addressed to them.

**Ms. Labrecque Duchesneau:** Well, there are difficulties. Personally, I am counting on the farmers themselves. In my sector, I say that a farmer can help another farmer. A farmer can accompany another farmer to visit a resource. But if one cannot do it, you can call someone else. Then someone else will go out of their way to accompany the farmer to the resource.

I count on farmers because they understand their work. They know that they will not be told "You are working too hard," because they all work equally hard.

**Senator Pépin:** They understand each other.

**Ms. Labrecque Duchesneau:** They understand each other. They are very intimately associated, as you know, through auctions, agricultural fairs, and all kinds of agricultural events. This is why these people trust each other more than anyone else. And I count on that and it works.

**Senator Pépin:** Does that mean that if someone uses the suicide hotline they can get referred? It would be possible if someone from the community could then call and say that there is a colleague there to help you.

Michelle, je lirai le reste de vos recommandations. J'ai déjà eu l'occasion de vous parler longuement, mais je les lirai attentivement.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Bonjour, madame Labrecque. Comme l'a mentionné le sénateur Keon, nous avons rencontré des familles lorsque nous sommes allés dans l'Ouest Canadien, mais je dois avouer que j'ai été un peu étonnée de réaliser que les fermes disparaissent à un rythme très impressionnant. Au Québec, la majorité d'entre nous, au moins nos grands-parents vivaient sur une ferme. Je me rappelle très bien, de Saint-Grégoire entre autres.

Évidemment, la détresse est très importante et vous nous faites des recommandations. On nous a dit, dans l'Ouest, que déjà s'était créée la ligne téléphonique, où les gens peuvent appeler vingt-quatre heures sur vingt-quatre, demander de l'aide et de là, on les réfère et on leur dit à quel endroit ils peuvent aller.

Ensuite vous mentionnez une façon de reconnaître les signes d'épuisement professionnel, et d'avoir aussi un dépliant sur les maladies. Mais est-ce que cela se fait chez nous aussi ? Avons-nous cette ligne téléphonique ouverte ? Sommes-nous organisés afin de pouvoir les référer ?

**Mme Labrecque Duchesneau :** Uniquement les producteurs, non. Ce sont les centres de prévention suicide présentement qui répondront. Cela ne veut pas dire que les producteurs vont prendre les ressources comme telles.

**Le sénateur Pépin :** Cela ne s'adresse pas à eux.

**Mme Labrecque Duchesneau :** Bien, difficilement. Moi, je mise sur les producteurs agricoles eux-mêmes. Je dis, dans mon secteur : un producteur peut aider un autre producteur. Un producteur peut partir avec un autre producteur pour aller voir une ressource quelconque. Mais si tu n'es pas capable, tu m'appelles. Alors, c'est moi qui prends la peine d'aller à la ressource avec l'autre producteur.

Je mise sur les producteurs parce qu'ils se reconnaissent dans leur travail. Ils savent qu'ils ne se feront pas dire « Tu travailles trop », parce que lui aussi travaille autant.

**Le sénateur Pépin :** Ils savent se reconnaître.

**Mme Labrecque Duchesneau :** Ils savent se reconnaître. Ils sont très étroitement liés, vous savez, de par les encans, de par les expositions agricoles, de par tous les événements agricoles qui existent. Alors, ces personnes-là font en sorte qu'ils vont avoir plus de crédit que n'importe quelle autre personne. Alors, moi, c'est là-dessus que je mise et cela fonctionne.

**Le sénateur Pépin :** Cela veut dire que si quelqu'un utilise la ligne sur le suicide, elle va être capable de le référer ? Elle serait capable si on avait quelqu'un de la communauté, à ce moment-là, d'appeler en disant : Il y a quelqu'un de vos collègues qui peut vous aider.



**Ms. Labrecque Duchesneau:** Exactly. But people in agriculture understand each other. I doubt whether many farmers turn elsewhere with their needs. In fact, the health sector recognizes that not many people from the agricultural sector seek out help. This has led to cumulative problems and many suicides.

So, Au cœur des familles agricoles may not always be there on time, but we reach out to families. Because you know, even if someone has committed suicide, the cows have not disappeared.

**Senator Pépin:** The show must go on.

**Ms. Labrecque Duchesneau:** That is right, and one can never forget the business, never, despite all the life events that may happen, people can never forget their business.

Personally, I like to count on the youth. Three days a week I go to the ITA, the Institut technologique agricole, and there, I have a whole list of young people who are willing to volunteer their time and respond to a crisis should it arise.

**Senator Pépin:** Well, that is good.

**Ms. Labrecque Duchesneau:** And it works. I have gone through the entire province of Quebec and I can tell you that farming in the Montérégie region is not the same as it is in Abitibi.

**Senator Pépin:** Each region is different.

**Ms. Labrecque Duchesneau:** Each region has its own distinctiveness. If you look at New Brunswick, it is similar to Abitibi or to the Gaspé. I can make that type of distinction.

**Senator Pépin:** You said that in the newspapers, there is a focus on health. But in the *La Terre de chez nous* paper, are there articles for people in the regions on themes such as mental health?

**Ms. Labrecque Duchesneau:** I write them. I am a columnist for *Terre de chez nous*, because Au cœur des familles agricoles told the UPA, the Union des producteurs agricoles: look, producers read agricultural papers.

**Senator Pépin:** That is right.

**Ms. Labrecque Duchesneau:** I have raised awareness so the health care sector can do more, and that should happen.

**Senator Pépin:** In any case, you did state it was important for us to mention agricultural families as being one of our priorities.

**Ms. Labrecque Duchesneau:** Because they actually represent a large number of people. I would add that agricultural families have about four children on average.

**Senator Pépin:** Yes, that is right. I read that in your report.

**Senator Pépin:** I can assure you that your recommendations have drawn our attention. As Senator Keon mentioned, we will certainly be trying to respond to them adequately. I want to thank you for having given us this document.

**Mme Labrecque Duchesneau :** Voilà. Mais les gens se reconnaissent dans le milieu agricole. Je doute que beaucoup d'agriculteurs fassent affaires ailleurs. D'ailleurs, la santé a reconnu qu'il n'y avait pas beaucoup de monde en agriculture qui consultait. De là les problèmes qui s'accumulent et le nombre de suicides.

Alors, Au cœur des familles agricoles, arrive parfois en retard, mais j'aide la famille. Parce que vous savez, malgré un suicide, les vaches sont encore là.

**Le sénateur Pépin :** Cela continue de fonctionner le lendemain.

**Mme Labrecque Duchesneau :** Cela continue de fonctionner et l'on ne peut pas oublier l'entreprise, jamais, malgré tous les événements qui peuvent arriver, on ne peut pas oublier l'entreprise.

Moi, je mise sur les jeunes de l'école. Je vais trois jours/semaine à l'ITA, l'Institut technologique agricole et j'ai toute une liste de jeunes, qui, lorsqu'une difficulté arrive, ils sont là pour faire du bénévolat et répondre à l'urgence.

**Le sénateur Pépin :** C'est bien ça.

**Mme Labrecque Duchesneau :** Cela fonctionne aussi. J'ai fait le Québec au complet et je peux vous dire que l'agriculture en Montérégie, c'est différent de l'Abitibi.

**Le sénateur Pépin :** Chaque région est différente.

**Mme Labrecque Duchesneau :** Chaque région a ses spécificités. Au Nouveau-Brunswick aussi, qui ressemble un peu à l'Abitibi ou la Gaspésie. Je peux faire des différences comme ça.

**Le sénateur Pépin :** Vous mentionniez que dans les journaux, on parlait de la santé. Mais dans le journal *La Terre de chez nous*, est-ce qu'il y a des articles qui sont adaptés pour les gens de la région comme telle sur la santé mentale ?

**Mme Labrecque Duchesneau :** C'est moi qui les écris. Je suis chroniqueuse dans *Terre de chez nous*, parce que Au cœur des familles agricoles a dit à l'UPA, l'Union des producteurs agricoles : Écoutez, les producteurs lisent les journaux agricoles.

**Le sénateur Pépin :** C'est ça.

**Mme Labrecque Duchesneau :** J'ai sensibilisé le secteur de la santé à faire plus et cela devrait s'en venir.

**Le sénateur Pépin :** À tout événement, vous nous avez bien souligné que c'était important de mentionner la famille agricole comme étant une des priorités sur laquelle on doit se pencher.

**Mme Labrecque Duchesneau :** Parce que cela représente beaucoup de personnes. J'ajouterais qu'en agriculture, on fait quatre enfants en moyenne.

**Le sénateur Pépin :** Oui, c'est ça. J'ai vu cela aussi dans votre rapport.

**Le sénateur Pépin :** Je peux vous assurer que vos recommandations ont attiré notre attention. Comme le sénateur Keon l'a spécifié, on va sûrement essayer d'y répondre adéquatement. Je vous remercie beaucoup de nous avoir donné ce document.

[English]

**Senator Trenholme Counsell:** Michelle, I have raised this point with our committee that I thought perhaps the whole subject of autism was misplaced in a study on mental illness, because I do not think that autism is a mental illness. It seems to me that while you made a thorough and important presentation here at this committee, and I thank you for that, I believe you are in agreement with me?

**Ms. Dawson:** Yes, certainly, I did ask Senator Keon directly to remove autism from the work of this committee in these hearings. Autism is not a mental illness. The problem is that autism appears in your interim report, and I was trying to address the kinds of problems that are caused by that and by the widespread dissemination of the information that has been provided about autism in this committee. I addressed that, and I would certainly recommend that otherwise autism be outside the parameters of this report. The issues are tough, and you already have a lot of tough issues.

**Senator Trenholme Counsell:** Do you agree, then, that perhaps it will be something for the Senate to undertake independently? We should, of course, not ignore the subject, but perhaps it could be the subject of another inquiry or whatever, that it should not be —

**Ms. Dawson:** I would be very careful. I would be frightened at what would come out of an inquiry just now.

**Senator Trenholme Counsell:** I did not want you to leave here thinking that I, for one, was prepared to ignore it.

**Ms. Dawson:** The issue is getting a lot of attention, and I hope that the senators here realize that it has been said that autism is not getting any attention. That is not fair. I work in autism: not quite 24 hours a day, I do sleep a few times a week. There is a lot of attention given to autism. To have an inquiry, a lot of thinking would have to go in ahead of time, and a lot of timing.

**Senator Trenholme Counsell:** I thank you very much. I think yours has been one of the most important presentations we have heard on the subject, and we are grateful to you.

**Ms. Dawson:** Thank you for listening.

**Senator Callbeck:** Audrey, thank you for your good news story. You mentioned the people living in the housing are committed to taking their medication. What happens if they do not?

**Ms. Bean:** Well, if someone does not — and it has occasionally happened, although part of that weekly house meeting is to...

**Senator Callbeck:** Motivate them.

**Ms. Bean:** Yes, it is to motivate on that side. However, what happens often is that they end up in hospital.

[Traduction]

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Michelle, j'ai déjà soulevé ce point auprès de notre comité à savoir que je considérais que toute la question de l'autisme n'avait pas sa place dans une étude sur la santé mentale, parce que je ne considère pas que l'autisme soit une maladie mentale. Il me semble que bien que vous ayez fait un exposé complet et important ici au comité, et je vous en remercie, je crois que vous êtes d'accord avec moi?

**Mme Dawson :** Oui, bien sûr, j'ai effectivement demandé au sénateur Keon d'éliminer l'autisme du travail du comité dans le cadre de ces délibérations. L'autisme n'est pas une maladie mentale. Le problème c'est que l'autisme figure dans votre rapport provisoire, et j'ai tâché d'aborder le genre de problèmes que cela cause de même que la diffusion de l'information qui a été fournie à propos de l'autisme dans le cadre des délibérations de votre comité. J'en ai parlé, et je recommanderai certainement que l'autisme ne figure pas dans ce rapport. Les questions qu'il soulève sont difficiles et vous avez déjà beaucoup de questions difficiles dont vous devez vous occuper.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Selon vous par conséquent, est-ce que ce serait un sujet que le Sénat devrait étudier à part? Bien sûr nous ne devrions pas négliger le sujet, mais il pourrait peut-être faire l'objet d'une autre étude ou quoi que ce soit, ...

**Mme Dawson :** Il faudrait être très prudent. Je crains beaucoup les résultats d'une enquête ou d'une étude aujourd'hui.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je ne voulais pas que vous partiez d'ici en croyant que j'étais prête à laisser de côté cette question.

**Mme Dawson :** C'est une question à laquelle on accorde beaucoup d'attention, et j'espère que les sénateurs ici présents se rendent compte que l'on a dit qu'on ne prête aucune attention à l'autisme. Ce n'est pas juste. Je travaille dans le domaine de l'autisme; pas tout à fait 24 heures par jour, il m'arrive de dormir quelques fois par semaine. On accorde beaucoup d'attention à l'autisme. Pour faire une étude sur cette question, il faudrait qu'on y réfléchisse bien longtemps à l'avance, et bien choisir le moment.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je tiens à vous remercier. Je considère que votre exposé été l'un des plus importants que nous ayons entendu sur le sujet, et nous vous en sommes reconnaissants.

**Mme Dawson :** Je vous remercie de m'avoir écoutée.

**Le sénateur Callbeck :** Audrey, je vous remercie de l'expérience réussie dont vous nous avez parlé. Vous avez dit que les personnes qui vivent dans ces maisons se sont engagées à prendre leurs médicaments. Que se passe-t-il si elles ne les prennent pas?

**Mme Bean :** Si quelqu'un ne les prend pas — et cela s'est produit à l'occasion, bien qu'une partie de la réunion hebdomadaire des résidents visent à...

**Le sénateur Callbeck :** Les motiver.

**Mme Bean :** Oui, les motiver à ce sujet. Cependant, souvent ils se retrouvent à l'hôpital.



**Senator Callbeck:** Okay, and then you take them back?

**Ms. Bean:** Yes, we do.

**Senator Callbeck:** You never put anybody out?

**Ms. Bean:** No, we occasionally have to ask somebody to leave if they have not respected the house rules, which are things such as no alcohol, and —

**Senator Callbeck:** Is it not a house rule to take your medicine?

**Ms. Bean:** It is, and yet it is a part of having a mental illness to want to not take your medication, when you feel well.

We keep the room. They pay for the room, anyway. It is not something that we donate. It is something they pay for, and therefore we keep it until they come back, yes.

[Translation]

**Senator Gill:** Ms. Dawson, I would like to ask you a few questions on autism. I do not know the situation well. Ignorance breeds fear, misunderstanding, et cetera. Can you tell me what my reaction should be when I hear about autism? First, is there an association? How should I perceive autism?

[English]

**Ms. Dawson:** One of my recommendations is that we need an accurate and unbiased source of information about autism in Canada. We do not have one. The organizations that say they represent us, represent autistic people, have not included us. They have mostly been autistic-free until just recently, when I forced the issue at Autism Society Canada. Still there is no meaningful participation of autistic people, and these autism groups have functioned in Canada like pressure groups. It is not a good place to inform yourself, necessarily, and so I suggested that there be some kind of comprehensive objective resource, so that you could go there and inform yourself. You would not be informing yourself of somebody's political opinion or of what lobbying efforts are going on. You would find out about who autistic people are and about what we need.

That is one of my recommendations, and your statement makes that need clear. We need a resource like that. We do not have one in Canada, and I think we could show leadership in this area.

**The Deputy Chairman:** Thank you all very much.

The committee adjourned.

**Le sénateur Callbeck :** Très bien, et après vous les reprenez?

**Mme Bean :** Oui.

**Le sénateur Callbeck :** Vous ne renvoyez jamais personne?

**Mme Bean :** Non, mais il arrive que nous demandions à quelqu'un de partir si cette personne n'a pas respecté les règles de la maison, c'est-à-dire pas d'alcool, et...

**Le sénateur Callbeck :** Est-ce qu'une des règles de la maison n'est pas justement que les résidents prennent leurs médicaments?

**Mme Bean :** Effectivement, et pourtant l'une des caractéristiques de la maladie mentale, c'est que lorsqu'on se sent bien, on ne veut plus prendre ses médicaments.

Nous conservons la chambre. Ils paient pour la chambre de toute façon. Nous ne l'offrons pas gratuitement. Donc ils paient pour la chambre et nous la conservons jusqu'à ce qu'ils reviennent effectivement.

[Français]

**Le sénateur Gill :** Madame Dawson, j'aimerais vous poser quelques petites questions au sujet de l'autisme. Je suis ignorant de la situation. Lorsqu'on ignore des situations, on craint toujours des choses, la méconnaissance et l'ignorance entraînent cela. Alors, quand j'entends parler d'autisme, est-ce que vous pouvez me dire comment je dois réagir ? D'abord, est-ce qu'il y a une association ? Comment dois-je percevoir l'autisme ?

[Traduction]

**Mme Dawson :** L'une de mes recommandations, c'est qu'il nous faut une source d'information exacte et objective à propos de l'autisme au Canada. Pour l'instant nous n'en avons pas. Les organisations qui disent nous représenter, représenter les personnes autistes, ne nous incluent pas. Jusqu'à tout récemment, elles ne comptaient pratiquement aucune personne autiste, jusqu'à ce que j'exerce des pressions pour faire avancer les choses à la Société canadienne d'autisme. Il n'y a toujours pas de véritable participation de la part des personnes autistes, et les groupes qui s'occupent de l'autisme ont fonctionné au Canada comme des groupes de pression. Il ne s'agit pas forcément d'une bonne source d'information, c'est pourquoi j'ai proposé que l'on établisse une source quelconque d'information objective et exhaustive que l'on puisse consulter pour s'informer. Il ne s'agit pas de s'informer au sujet de l'opinion politique d'un groupe quelconque ou des efforts de lobbying qui sont déployés. Vous sauriez qui sont les personnes autistes et quels sont nos besoins.

C'est l'une de mes recommandations et votre déclaration indique clairement qu'il existe un besoin à cet égard. Nous avons besoin d'une ressource de ce genre. Ce type de ressource n'existe pas au Canada, et je crois que nous pourrions montrer la voie dans ce domaine.

**Le vice-président :** Je tiens à remercier chacun d'entre vous.

La séance est levée.

MONTREAL, Tuesday, June 21, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:11 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

**Senator Wilbert J. Keon** (*Deputy Chairman*) in the chair.

[English]

**The Deputy Chairman:** Honourable senators, we will begin our hearings this afternoon with Dr. Louise Nasmith.

[Translation]

**Dr. Louise Nasmith, President Elect and Chair of the Board of Directors, College of Family Physicians of Canada:** Mr. Deputy Chairman, I would like to thank you on behalf of the College of Family Physicians of Canada for this opportunity to make a presentation this afternoon. Dr. Alain Pavilanis, the President of the College, was unfortunately unable to be here today. He asked me to appear in my capacity as President Elect and Chair of the Board of Directors.

I should say that I have also been a family physician for twenty years and that I have carried out most of my practice here in Montreal. For three years now, I have been working in Toronto as Director of the Department of Family and Community Medicine at the University of Toronto.

[English]

The college would like to congratulate the committee on the reports that you have prepared. You did receive briefs, I believe, both in English and in French that were couriered yesterday, so I will not go over that in detail. I just wanted to draw out a few points.

It is always difficult to present on behalf of an organization when one may have one's own biases, so I will declare that up front. Certainly the college does believe that all Canadians, and particularly those who have mental health and addictions problems, should have access to a family physician to provide comprehensive and ongoing care. You cannot divorce the mental from the physical. We know that many of our patients who have mental illness have severe physical illnesses as well.

If you look across the country at primary care reform or renewal, whatever you wish to call it, many of the models being put forward do indeed speak about population health, understanding the needs of our patient or client population, and building multi-professional teams to address their needs. Hence, there is a process of transformation in the system that should be feeding into that particular issue. If we can start from our own patient or client population, understand needs, and then look at the local context, we could probably build interesting models

MONTREAL, le mardi 21 juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 11 pour examiner diverses questions liées à la santé mentale et à la maladie mentale.

**Le sénateur Wilbert J. Keon** (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**Le vice-président :** Honorables sénateurs, la séance est ouverte. Notre premier témoin cet après-midi est la Dre Louise Nasmith.

[Français]

**La docteure Louise Nasmith, présidente désignée et présidente du conseil d'administration du Collège des médecins de famille du Canada :** Monsieur le vice-président, j'aimerais vous remercier tous au nom du Collège des médecins de famille du Canada, pour votre invitation à faire une présentation cet après-midi. Malheureusement, le docteur Alain Pavilanis, qui est le président du Collège, n'a pu être là aujourd'hui. Il m'a demandé de venir en tant que présidente désignée et présidente du conseil d'administration.

Il faut tout de même que je dise que je suis en plus médecin de famille depuis une vingtaine d'années et que j'ai exercé la plupart de ma profession ici à Montréal. Depuis trois ans, je travaille à Toronto à titre de directrice du Département de médecine familiale et communautaire à l'Université de Toronto.

[Traduction]

Le Collège désire féliciter le comité des rapports qu'il a préparés. Si je ne m'abuse, vous avez reçu les textes, en anglais et en français, je crois, de notre mémoire qui vous ont été envoyés par messagerie hier, et je n'ai donc pas l'intention de passer tout cela en revue avec vous. Je voudrais simplement vous en présenter les faits saillants.

Il est toujours difficile de représenter un organisme alors qu'on a peut-être ses propres préjugés sur la question, et je vais donc vous les déclarer immédiatement. Il est certain que le Collège estime que tous les Canadiens, et notamment ceux et celles qui sont atteints de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, devraient avoir accès à un médecin de famille qui peut leur assurer toute la gamme de soins dont ils ont besoin en permanence. On ne peut séparer l'aspect mental de l'aspect physique. Nous savons que bon nombre de nos patients qui sont atteints de maladies mentales souffrent également de graves maladies physiques.

S'agissant des mesures prises dans les différentes régions du pays en vue de réformer ou de renouveler les soins primaires, selon le terme qu'on préfère, il est vrai que bon nombre des modèles qu'on propose actuellement mettent effectivement l'accent sur la santé de la population et sur la nécessité de bien comprendre les besoins de nos patients ou de nos clients et de mettre sur pied des équipes multiprofessionnelles qui soient à même de répondre à leurs besoins. Ainsi un processus de transformation du système est déjà en cours et devrait



from the standpoint of linking, either within similar walls or in a virtual way, with the kinds of services that are required for patients who have mental health and addictions problems.

Tied to that, clearly, are models of funding for all the health professionals, not just the physicians. It is interesting, if you look at what is happening with family health teams in Ontario as we are now rolling these out, people are not at all clear about how other health professionals will be paid in these new teams, who will be paying, employer-employee relationships, all that; and that has to be worked out. You cannot expect it to work if you do not deal with those kinds of issues.

The access issue and these models feed into the question of health human resource planning. The kinds of models, frameworks and forecasts that are being used have not begun to take into account the inter-professional issue, and that will be mandatory. If we start with population need and then build forecasting models, hopefully we will have a chance to do something meaningful.

My concern is that each province is doing its own thing, and how can we get beyond the silos at that level and feed it into the federal level to be shared across the country.

In your documents, you speak about special populations with their own needs, whether it is children and adolescents, our Aboriginal communities, or our seniors and the caregivers who provide them with day-to-day care. As a practising physician, I can tell you that those are indeed special populations that need attention. How do you set priorities among them? I am not sure. Certainly if we want to do prevention, we have to start with children and adolescents. Adolescents are known never to seek health care, so being able to reach out into schools and other kinds of community agencies will be the key to bringing them to get help.

I would hope that this initiative will be able to influence some of the projects that will be funded through the new Aboriginal monies that the federal government has announced. It is a fair amount of funding, and I cannot remember what that particular pot of money is called, but clearly this group should be able to influence some of that.

contribuer à améliorer la situation sur ce plan-là. Si, nous basant sur nos propres patients ou clients, nous arrivons à bien comprendre leurs besoins et à tenir compte des réalités locales, nous devrions être en mesure d'élaborer des modèles intéressants permettant de lier, soit dans un même établissement ou de façon virtuelle, les différents types de soins et de services que requièrent les personnes atteintes de maladies mentales et de toxicomanie.

Dans ce même ordre d'idées, on doit nécessairement parler des modèles de financement de tous les professionnels de la santé, et non seulement les médecins. En ce qui concerne les équipes de santé familiale qui sont progressivement mises sur pied en Ontario à l'heure actuelle, il est intéressant de constater que les gens ne savent toujours pas comment les autres professionnels de la santé qui sont intégrés à ces nouvelles équipes seront rémunérés, qui sera chargé de les rémunérer, la nature des relations entre employeur-employé, etc.; tous ces détails sont encore à régler. Mais on ne peut s'attendre à ce que ce modèle donne satisfaction si l'on ne règle pas tous ces différents éléments.

La question de l'accès et des modèles à retenir est étroitement liée à la question de la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé. Jusqu'à présent, les modèles, les cadres et les prévisions n'ont pas encore tenu compte de l'aspect interprofessionnel, et il faudra absolument le faire. Si nous prenons comme point de départ les besoins la population pour élaborer des modèles de prévision, nous pouvons espérer en arriver à quelque chose de vraiment utile et efficace.

Ce qui me préoccupe, c'est qu'en ce moment chaque province fait un peu cavalier seul dans ce domaine, si bien qu'il s'agit maintenant de voir comment on peut aller au-delà du cloisonnement actuel et transmettre toutes les données aux autorités fédérales pour que ces dernières les communiquent ensuite à l'ensemble des régions du pays.

Dans vos documents, vous parlez de populations spéciales ayant des besoins particuliers, qu'il s'agisse d'enfants et d'adolescents, des collectivités autochtones, des aînés ou des soignants qui s'en occupent au jour le jour. En tant que médecin praticienne, je peux vous dire que ces populations spéciales méritent une attention toute particulière. Comment établir des priorités par rapport à chacune d'entre elles? Je ne le sais pas vraiment. Mais si nous voulons mettre l'accent sur la prévention, nous devons axer nos efforts dans un premier temps sur les enfants et les adolescents. Nous savons que les adolescents ne cherchent pas à se faire soigner le plus souvent, et il est donc indispensable de solliciter l'avis des écoles et d'autres organismes communautaires pour leur donner les services dont ils ont besoin.

J'ose espérer que cette initiative aura une incidence positive sur les projets qui seront éventuellement financés grâce aux nouveaux crédits pour les Autochtones annoncés par le gouvernement fédéral. Il s'agit d'une somme assez importante, bien que je ne me rappelle plus du programme particulier en vertu duquel ces crédits sont accordés, mais il me semble clair que votre groupe devrait pouvoir influencer l'utilisation de ces fonds jusqu'à un certain point.

I will turn now to the issue of stigma and discrimination. As a family doctor, I do not know how often I speak to my patients who suffer mental illness to try to tell them, "It is no different from if you had an ulcer," but they cannot talk about it. They cannot go to their employers and divulge it; it remains a major problem. This is nothing new; it is like Uncle So-and-So chained to the bed 100 years ago. People still feel that notion of shame, which they should not.

This may be an interesting way to link up with public health to do some public education around this and get the messages out, to get people talking and more accepting.

My last point refers to your comments about creation of databases and the role of government. There are a number of projects going on across the country. I believe you received a brief from the Canadian Collaborative Mental Health Initiative. Our college is a member of that Primary Health Care Transition Fund project, which has done a stellar job of creating an inventory of many different models of care across the country. One would hope that we are linking into them and that they can link into the creation of a database. I have been around long enough to have seen all these wonderful projects, but they stay out there and we do not bring them together. We do not capitalize on them.

I am on the National Expert Committee for Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice — the IECPCP — a Health Canada initiative. We are just starting to bring in all the players so we are actually talking to each other, and that has to be done.

The CMA, the CPA, the CPS and our college have recommended the creation of an institute for mental health and addictions. One interesting thought would be whether that could that be placed in the public health agency. Would that be a natural home for it, where we could bring together some of the issues around public education, reaching into schools, and others? It is a thought.

My last point is that governments are silos in and of themselves within departments, across departments, across provinces. It is appalling, as somebody from the outside who is now working fairly closely with our Ministry of Health in Ontario, to see that one department down the hall has no clue what the other

Je voudrais maintenant parler un peu du problème de la stigmatisation et de la discrimination. Je ne sais pas combien de fois, en tant que médecin de famille, j'ai dû dire à mes patients qui sont atteints de maladie mentale : « C'est comme si vous aviez un ulcère; il n'y a pas de différence, » mais le fait est qu'ils n'arrivent pas à en parler. Ils ne peuvent pas s'adresser à leur employeur pour lui révéler leur situation; c'est encore un gros problème. Mais ce n'est pas nouveau : c'est comme l'oncle qu'on attachait à son lit il y a une centaine d'années. Les gens ressentent encore cette honte, alors que cela ne devrait pas être le cas.

Ce serait peut-être l'occasion de collaborer avec les responsables de la santé publique pour sensibiliser le public à cette question et lui transmettre certains messages; cela permettrait sans doute de lancer un dialogue et d'amener les gens à mieux accepter ce genre de choses.

Mon dernier point concerne ce que vous avez dit au sujet de la création de bases de données et du rôle du gouvernement. Plusieurs projets sont actuellement en cours au Canada. Je crois savoir que vous avez reçu le mémoire soumis par les responsables de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Notre collège participe au projet mené en vertu du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, dont les responsables ont fait un excellent travail pour ce qui est d'établir un inventaire de tous les différents modèles de soins utilisés d'un bout à l'autre du pays. On peut espérer que les gens y ont recours actuellement et qu'il sera possible d'en profiter dans le contexte de la création d'une base de données. J'exerce depuis suffisamment longtemps pour avoir été témoin de tous ces projets très valables, mais je constate que ces projets restent autonomes et que nous ne déployons pas les efforts nécessaires pour établir des passerelles entre eux. Nous n'en profitons pas au maximum.

Je suis membre du Comité national d'experts pour la Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient — soit la FIPCCP — qui est une initiative lancée par Santé Canada. Nous commençons à peine à rassembler tous les intervenants clés de sorte qu'ils se parlent entre eux, et c'est une étape qui est absolument fondamentale.

L'AMC, l'APC, la SCP et notre collège ont recommandé la création d'un institut de la santé mentale et de la toxicomanie. Il serait intéressant de voir dans quelle mesure un tel institut pourrait faire partie de l'agence de la santé publique. Serait-ce l'organisme tout indiqué pour abriter un tel institut, de sorte que nous puissions examiner de façon globale les questions liées à l'éducation publique, l'intervention dans les écoles, etc.? C'est une possibilité à explorer.

Mon dernier point concerne le fait que les gouvernements ont chacun leurs structures et leurs cloisons, et ce à l'intérieur des ministères, entre les ministères, et entre les provinces. Comme je travaille actuellement de très près avec le ministère de la Santé en Ontario, je trouve inadmissible qu'un ministère dont les bureaux



department is doing. If we cannot get beyond that, how do you expect those of us in the trenches to be able to do it?

That was not in our brief; it is my personal note.

However, to turn this around, I think the time is right for us to capitalize on everything that is starting to happen. The stars are aligning — I am not an astrologist, but I think things are starting to come together. The key here is to bring those players together, and then I do believe that we can move things forward. I thank you for your time.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much.

**Dr. Sidney Kennedy, Psychiatrist in Chief, University Health Network:** Good afternoon. I appreciate this opportunity. I am presenting as a psychiatrist, currently the Chief Psychiatrist at the University Health Network in Toronto; as the founding Chair of the Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments; and also the recent past President of the Canadian College of Neuropsychopharmacology.

I have taken counsel from colleagues across each of these groups, but I am essentially speaking in terms of my own review of the documents, and I focused more on the issue of depression, which is one of the areas that I am most involved in. The spectrum of concerns that relate to the mortality and morbidity, the economic impact, the actual structural brain changes that happen in people with depression, the nature of the illness in terms of relapse and recurrence, are all critical issues. For example, the deaths, not just from suicide, but from increased mortality through heart disease, cancer, the work that would suggest depression is a systemic illness, support some of the issues that Dr. Nasmith raised.

I wanted to comment on the document as it spoke to service delivery. Obviously, we recognize the importance of language and culture in a city like Toronto — we are certainly aware of the emerging immigrant populations, the programs that have been developing language-specific mental health services, but it also illustrates the importance of making sure that you bring the content-specific level up as well as delivering services in local languages. The case for communication and integration has been made, the importance of collaborative health care, and psychiatry and family practice have taken promising first steps in a number of areas, but we would like to see this develop a lot further.

On the issue of specific population groups, for example, in the area of children and adolescents, the question of early detection seems to be important. However, unless we have resources to

se trouvent à l'autre bout du couloir ne sache pas du tout ce que fait l'autre ministère à côté. Si nous ne réussissons pas à éliminer ce cloisonnement, comment pouvez-vous vous attendre à ce que nous qui sommes dans les tranchées arrivions à renforcer notre collaboration?

Je précise que ce point ne figurait pas dans notre mémoire; c'est un sentiment personnel que j'exprime-là.

Mais pour transformer la situation, nous avons maintenant l'occasion de profiter de tout ce qui se fait dans ce domaine. Les astres sont bien alignés — je ne suis pas astrologues, mais il me semble bien que les différents éléments qui vont nous permettre de progresser sont maintenant réunis. Il s'agit à présent de rassembler tous les acteurs, car à ce moment-là, nous pourrions à mon avis aller de l'avant. Je vous remercie de m'avoir reçue ce matin.

**Le vice-président :** Merci beaucoup.

**Le docteur Sidney Kennedy, psychiatre en chef, University Health Network :** Bonjour et merci de m'avoir donné l'occasion de comparaître aujourd'hui. Je me présente devant vous à titre de psychiatre, car je suis actuellement psychiatre en chef du University Health Network de Toronto; je suis également président-fondateur du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, et je suis le président sortant du Collège canadien de la neuropsychopharmacologie.

Même si j'ai demandé conseil à des collègues qui font partie de ces différents groupes, mes remarques aujourd'hui sont surtout le résultat de mon propre examen des documents, et à ce sujet, je me suis surtout intéressé à la question de la dépression, qui est l'un des domaines où je suis le plus actif. La gamme des problèmes liés à la mortalité et à la morbidité, l'incidence économique, les changements structurels qui surviennent dans le cerveau des personnes souffrant de dépression, la nature de la maladie du point de vue des rechutes et des récurrences, sont toutes des questions critiques. Par exemple, les décès liés non seulement au suicide, mais à une mortalité accrue causée par la cardiopathie et les cancers, et les recherches qui laissent croire que la dépression est une maladie systémique, viennent appuyer les arguments avancés par la Dre Nasmith.

Je voulais réagir au document par rapport notamment à la prestation des services. Il va sans dire que nous reconnaissons l'importance de la langue et de la culture dans une ville comme Toronto — nous sommes certainement conscients des besoins des nouvelles populations immigrantes, et il y a justement des programmes qui cherchent à assurer des services de santé mentale dans différentes langues, mais il faut bien comprendre que le contenu des programmes est tout aussi important que la prestation des services dans les langues des populations locales. L'importance des communications, de l'intégration, et des soins de santé coopératifs est maintenant comprise, et les psychiatres et médecins de famille ont pris un certain nombre d'initiatives très prometteuses dans différents domaines, mais nous souhaitons que cela se développe beaucoup plus dans les mois qui viennent.

En ce qui concerne les besoins de populations précises — par exemple, les enfants et les adolescents — la question du dépistage précoce semble particulièrement importante. Cependant, à moins

deliver the interventions, and, indeed, evidence that the interventions make a difference over the long term, it can be a major issue.

We look today at the issue of suicide in young people. The figures show that suicide rates have declined in the last decade, yet if we take the concept of "suicidality," or, sometimes, suicidal behaviour with some treatments, there is a suggestion that it might even have increased. We clearly need to make sure that these are better integrated and delivered.

There are many issues in terms of seniors, such as lack of information on age-specific outcomes when we transfer knowledge from middle life to later life, specific treatment interventions that have not necessarily been developed and tested in other populations. There is a major need to address the complex populations, the individuals with addictions, schizophrenia and medical illness concurrently.

I have commented on suicide. I was also impressed by your work on the workplace, and again, it relates to the stigma issues. There is a need to integrate the workplace employee assistance programs, the work done by insurance companies, with the medical system, with specialty areas and so on. I applaud some of the recent CIHR initiatives that have looked at this, and also the round table on work.

On human resource issues, greater emphasis on specialist primary care and shared-care interventions is really pivotal in much of what psychiatry can do. I also agree that there are major difficulties in coordinating some of the physician/non-physician teams, how they are funded, how well they are integrated. We are in an evolving payment system review in our academic health science centres, certainly in Ontario, and our alternative funding plans. It is important to be able to factor in how the non-physician and physician groups can be truly integrated.

In terms of partnerships, both for research and for service delivery, the question of protected federal dollars for mental health would be important to consider. If you look at the impact of mental health, we are underfunded in our research dollars, in the overall health care delivery, and certainly in many of our organizations.

I will confine my remarks to those.

**The Deputy Chairman:** Dr. Charbonneau?

d'avoir les ressources nécessaires pour prévoir les interventions requises — et il y a tout lieu de croire que ces interventions peuvent faire une grande différence à long terme — le problème reste entier.

Le suicide chez les jeunes fait l'objet d'études à l'heure actuelle. Bien que les chiffres indiquent que le taux de suicide a baissé au cours des 10 dernières années, si nous tenons compte des tendances suicidaires ou des dispositions au suicide, qui peuvent faire l'objet de traitement, on peut penser que les taux ont peut-être augmenté. Nous devons donc nous assurer que les services dans ce domaine sont mieux intégrés et distribués de façon plus efficace.

Il y a de nombreux problèmes en ce qui concerne les personnes âgées, tels que le manque d'information sur l'efficacité des traitements en fonction de l'âge, et sur le fait que les extrapolations faites à partir de l'âge mûr ne sont pas toujours valables pour les étapes ultérieures de la vie, et sur des traitements et interventions précis qui n'ont pas nécessairement été mis à l'épreuve dans d'autres populations. Il y a donc un grand besoin d'interventions adaptées aux besoins des populations complexes, c'est-à-dire les personnes souffrant simultanément de toxicomanie, de schizophrénie et de maladies physiques.

Je vous ai déjà parlé du suicide. J'ai aussi été impressionné par le travail que vous avez fait concernant le milieu de travail, et encore une fois, c'est en rapport avec cette question de stigmatisation. Il faut absolument intégrer les programmes d'aide aux employés en milieu de travail, le travail accompli par les compagnies d'assurance et le système de soins proprement dit, c'est-à-dire les différents domaines de spécialisation, etc. Je félicite les responsables des IRSC pour certaines récentes initiatives qui ont justement porté sur cette question, de même que sur les résultats des tables rondes.

S'agissant maintenant de ressources humaines, pour que la psychiatrie puisse contribuer à améliorer la situation, il faut mettre davantage l'accent sur l'intervention conjointe des spécialistes et des premiers intervenants. Je suis également d'accord pour reconnaître que la coordination des efforts du personnel médical et non médical au sein des équipes, de même que leur financement et leur intégration, présentent certaines difficultés. Dans les centres universitaires de sciences de la santé, en tout cas en Ontario, le système de rémunération évolue et non seulement ce dernier mais les formules de financement sont à l'étude en vue de trouver de nouvelles solutions. Mais il est très important de voir à la bonne intégration du personnel médical et non médical.

Pour ce qui est des partenariats pour les fins à la fois de la recherche et de la prestation des services, il serait important d'envisager de créer une enveloppe budgétaire fédérale pour la santé mentale. Malgré l'importance de la santé mentale, nous connaissons actuellement un problème de sous-financement dans le domaine de la recherche, dans la prestation globale des soins et services de santé, et certainement dans bon nombre de nos organismes.

Voilà qui termine mes remarques liminaires.

**Le vice-président :** Docteur Charbonneau?



*[Translation]*

**Dr. Manon Charbonneau, Psychiatrist, Social Services Centre of Sept-Îles:** Mr. Deputy Chairman, I would like to thank the Senate Committee for its invitation. I intend to speak French because I am more comfortable speaking that language. I want to thank Senator Keon and all the other senators for being here today.

I have prepared a brief in both French and English which addresses all the aspects of practising in a remote region. I am a psychiatrist. I have been practising for some fifteen years in the North Shore region of Quebec.

I am a member of the Executive of the Quebec Psychiatric Association as well as the Canadian Psychiatric Association. I am here today to discuss my clinical experience as a professional psychiatrist, and especially as someone with a rural practice that involves one of the populations that I believe to be the most affected and the most disadvantaged in terms of access to mental health and addiction treatment services.

The brief that was tabled with you provides an overview of various geographic, demographic and clinical characteristics, as well as organizational characteristics proposed as a way of optimizing access and ensuring better quality care and services in rural areas.

There is no universal model that can be applied to all areas. But we believe that our recommendations may help respond to some of the Senate Committee's questions with respect to mental health, mental illness and addiction.

Working in remote regions raises specific issues in Canada, as well as internationally. Many other countries with similar geographic characteristics are dealing with the same kinds of issues with respect to access to specialized care.

For example, 21 per cent of all Americans do not have access to specialized psychiatric services. The province of Quebec is currently suffering from a shortage of psychiatric personnel. Quebec now needs some 200 additional psychiatrists.

In my opinion, a national and interprovincial health action plan would be one of the healthiest interventions to advocate and facilitate with a view to ensuring greater consistency of service for the most disadvantaged members of the population — and I would even add that this is primarily the case in such areas as child psychiatry, psychogeriatrics and treatment for the Aboriginal population.

This requires an integrated approach to providing comprehensive health care with very limited resources. Fluidity or flexibility of administrative structures, allowing for a certain structural decompartmentalization, is essential in my opinion to arriving at win-win solutions and serving as a catalyst in ensuring the continuity of care.

*[Français]*

**La docteure Manon Charbonneau, psychiatre, Centre de Services sociaux de Sept-Îles :** Monsieur le vice-président, je remercie le comité sénatorial. Je parlerai en français car je suis plus à l'aise dans cette langue. Je remercie le sénateur Keon et tous les autres sénateurs ici présents.

Je vous ai préparé un mémoire en version française et anglaise, qui contient tous les aspects de la pratique en région éloignée. Je suis médecin psychiatre. Je pratique depuis quinze ans sur la Côte-Nord du Québec.

J'occupe des fonctions à l'exécutif de l'Association des médecins psychiatres du Québec et également à l'exécutif de l'Association des psychiatres du Canada. Je suis ici pour vous parler de mon expérience professionnelle de clinicienne, et principalement, sur la pratique en milieu rural qui concerne une des populations, je crois, les plus touchées et les plus défavorisées en ce qui a trait à l'accès à des services de santé mentale et toxicomanie.

Le mémoire qui a été déposé synthétise différentes caractéristiques géographiques, démographiques et cliniques ainsi que les caractéristiques organisationnelles qui sont proposées de façon à optimiser l'accès, les soins et les services en région rurale.

Il n'existe aucun modèle universel applicable à toutes les régions. Mais, nous croyons que nos recommandations peuvent contribuer à répondre à certaines questions du comité sénatorial concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie.

Les particularités du travail en région éloignée représentent une problématique nationale mais aussi une problématique internationale. Plusieurs autres pays qui ont des similarités géographiques ont les mêmes difficultés d'accès à des services spécialisés.

Aux États-Unis, 21 p. 100 des Américains n'ont pas accès à des services psychiatriques spécialisés. Au Québec, la province est aux prises avec une pénurie d'effectifs psychiatriques. Il manque environ 200 psychiatres actuellement dans la province.

Un plan d'action national et interprovincial en santé est, à mon avis, une des interventions les plus salutaires à préconiser et à favoriser pour une meilleure uniformité des services surtout pour les plus démunis; et j'oserais ajouter principalement en pédopsychiatrie, en géronto-psychiatrie et la population autochtone.

Une approche globale intégrative de prestation de soins, avec des ressources très limitées, est nécessaire. La fluidité et la souplesse dans les structures administratives permettent un certain décloisonnement des structures et est, à mon avis, un impératif pour des solutions gagnantes et catalysent la continuité des soins.

Working in remote regions has inevitably meant that we have had to centralize requests for service so as to prioritize quick access to care in the right place, for the right patient, at the right time, and by the right caregiver.

We not only concur with the Senate Committee's perspective on the patient/client relationship, but the overall organization of our services is based on this fundamental objective, which serves as our guiding principle in making what are sometimes difficult administrative or clinical decisions.

As regards the concept of emergency or accessibility, there is no doubt that these concepts are seen more broadly. In this context, the importance of proper training of staff and compensation for caregivers providing services in the area.

One example of an integrated approach that reflects clinical, socio-demographic and cultural issues is when a patient in the area presents with an acute problem. It is very important to understand what the patient's point of entry to the system is and his/her geographic location.

For example, in a small community with a population of only 2,000 or 3,000 people, a patient suffering from acute schizophrenia may present with such symptoms as agitation and aggression. The only person on site available to provide care is a nun who is a nurse or a social worker. Thus the point of entry into the system is the dispensary.

Naturally, no medical resources are available on site. This is therefore the resource person whose education and training will be key in ensuring prevention and very quickly detecting signs of dangerous behaviour or suicidal tendencies.

Within the community, we also identify the informal caregiver able to make contact with the responder or practitioner. We assist and empower that individual so that he/she can quickly identify the needs of the beneficiary or patient. That person then contacts a member of the medical profession, either a family doctor or psychiatrist practising in the area.

Very often, I am the only one available on the North Shore, and through family physicians, they can contact me.

In every institution or organization, whether it is a dispensary or health centre, it is useful to have one individual designated as the clinical or health care coordinator and to have all requests and messages pass through that simple and easily accessed route of entry.

The North Shore region extends as far as Blanc-Sablon, along approximately 1,000 kilometers of coastline. It covers hundreds of kilometers and has a population of some 120,000.

As a general rule, there are only one or two permanent psychiatrists available to cover the entire region. Most villages are accessible by boat or by air, and sometimes by snowmobile in winter.

En région éloignée, nous avons été dans le constat inévitable d'avoir à centraliser les demandes de services de façon à donner la priorité à l'accessibilité rapide aux soins, au bon endroit, au bon patient, au bon moment et par le bon intervenant.

Non seulement nous sommes d'accord avec le comité sénatorial pour la perspective du patient / client, mais l'ensemble de l'organisation de nos services est basé sur ce principal objectif et nous sert souvent de prémisses ; il nous guide lorsque nous sommes aux prises avec des décisions cliniques ou administratives parfois difficiles.

En ce qui a trait à la notion d'urgence et d'accessibilité, il est clair qu'en région éloignée le concept d'accessibilité et la notion d'urgence en est un qui est plus élargi. On voit toute l'importance que prend la formation du personnel et la rémunération des différents intervenants sur le territoire.

Un exemple d'approche intégrative qui comprend tous les aspects cliniques sociodémographiques et culturels est lorsqu'un patient sur le territoire présente un problème aigu. Il est très important de bien saisir quel est son point d'entrée sur le territoire et où il se situe géographiquement.

Par exemple, dans une petite communauté de deux ou trois mille habitants, un patient souffrant de schizophrénie en crise aiguë et qui présente une crise d'agitation et d'agressivité. Le seul intervenant disponible est soit une religieuse infirmière ou une intervenante sociale. Le point d'entrée est dans le dispensaire, dans le système.

Il n'y a naturellement aucune ressource médicale disponible sur place. Cette personne-ressource est la personne, sur qui la formation et l'éducation seront centrées pour pouvoir faire de la prévention et détecter de façon très rapide des indices de dangerosité ou de tendance suicidaire.

Dans le milieu, l'on identifie également qui est l'aidant naturel pouvant entrer en contact avec cet intervenant. Nous aidons et habilitons cette personne afin qu'elle puisse identifier rapidement les besoins du bénéficiaire, du patient. Cette personne entrera en contact avec le corps médical, soit un médecin de famille ou un médecin psychiatre sur le territoire.

Souvent il n'y a que moi sur la Côte-Nord, et via les médecins de famille, ils peuvent me contacter.

Dans chaque institution ou organisme que ce soit le dispensaire ou le centre de santé, il est favorable d'avoir une personne qui est désignée dans le système comme étant le coordonnateur clinique de soins ; et que toutes les demandes et tous les messages passent par cette voie d'entrée simple, unique et facile d'accès.

Le territoire de la Côte-Nord s'étend jusqu'à Blanc-Sablon, environ 1 000 kilomètres de littoral de côte. La Côte-Nord se caractérise principalement par des centaines de kilomètres et une population desservie d'environ 120 000 personnes.

En général, il n'y a qu'un ou deux psychiatres permanents pour toute la région. La plupart de ces villages sont accessibles par bateau ou par voie aérienne, et parfois par motoneiges en hiver.



In the area, care is provided at three hospitals, including the Centre hospitalier régional de Sept-Îles (the CHRSI) which is the regional centre. It also serves as the referral centre for specialized care.

In our hospital Psychiatric Section, we have 21 patient beds, an out-patient clinic, a day centre, and intensive follow-up in the community.

This way of working greatly supports our approach to, and management of, psychiatric treatment and emergencies. Transfers between dispensaries and the hospital are not carried out according to the usual, top-down method from one doctor to another.

We have to conduct our practice differently, meaning that we have to accept transfers that may come from a social worker or in a medical emergency.

Some procedures are also carried out over the telephone or through video-conference through a service called telepsychiatry. This is extremely helpful when dealing with emergencies, in cases where patients cannot be brought to a hospital.

In terms of the rural population, here are some basic characteristics: it makes less of a distinction between the concepts of physical and mental health. People living in rural areas therefore make much greater use of front line physical medicine as a preferred method of seeking assistance with mental health issues.

Practitioners starting up a practice in a remote region rarely possess the prerequisites needed to assume the different roles they will be called upon to play in the region. The lack of adequate prior qualifications also applies to paramedical workers. There are different reasons for this: the lack of theoretical model, the lack of a clinical model, a lack of preparation for the workload and the specific nature of the work to be performed, a lack of training or exposure prior or subsequent to becoming a doctor.

Workers and clinicians are also part of the community. They have a social role to play, whether they want to or not. That sometimes causes problems with respect to confidentiality.

And here is an example of the type of flexibility that is required: the treatment plan tailored to the patient's needs is possible through the designation of a senior or central case manager. That person is responsible for coordinating and liaising with various medical and community services.

The designation of the senior case manager is the responsibility of an interdisciplinary team involved in treating the patient based on priority needs at the time. The case manager is responsible for the patient, and so there is an element of accountability involved in the management of the patient's care. This person may be an educator, a social worker or may also be a physician. However, a physician is always assigned to the case manager and on call to provide assistance.

Sur le territoire, il y a trois centres hospitaliers dont le Centre hospitalier régional de Sept-Îles qui est le pôle régional. Il est également le centre de référence en soins spécialisés.

En psychiatrie au Centre hospitalier, il y a 21 lits de psychiatrie, une clinique externe, un centre de jour et le suivi intensif dans la communauté.

L'organisation favorise grandement notre façon d'envisager et de gérer les urgences et les traitements psychiatriques. Les transferts entre dispensaires et le Centre hospitalier ne se font pas de façon usuelle et hiérarchique entre les médecins.

Nous devons pratiquer autrement, c'est-à-dire accepter des transferts provenant parfois d'un intervenant social et accepter le transfert dans une urgence médicale.

Certaines interventions sont faites également par voie téléphonique ou par visioconférence appelée aussi la télépsychiatrie. C'est d'une grande aide surtout en situation d'urgence lorsque les patients ne peuvent pas être transportés.

En ce qui concerne la population rurale, voici quelques caractéristiques : elle dissocie moins les concepts de santé physique et de santé mentale. La population utilise beaucoup plus la médecine physique de première ligne comme voie privilégiée de consultation pour leurs problèmes de santé mentale.

Le clinicien débutant en région éloignée a rarement les qualifications préalables pour assumer les différents rôles qui l'attendent en région. L'absence de qualifications préalables suffisantes s'applique également chez les intervenants paramédicaux. Différentes causes sont responsables : l'absence de modèle théorique, l'absence de modèle clinique, l'absence de préparation à la charge de travail et à cette spécificité du travail, absence de formation et d'exposition pré et postdoctorale.

L'intervenant et le clinicien font également partie de la communauté. Ils ont un rôle social à jouer, qu'il soit désiré ou non. Ceci cause parfois des problèmes au niveau de la confidentialité.

Un exemple de la flexibilité nécessaire : Le plan de soin titré selon le besoin du patient est rendu possible grâce à la désignation de son intervenant principal ou un intervenant pivot. Je pense qu'en anglais on peut dire « case manager ». Il est responsable de la coordination et des liens entre les différents services médicaux et communautaires.

La désignation de cet intervenant pivot est déterminée par une équipe interdisciplinaire impliquée dans les soins du patient et selon les besoins majeurs et dominants de ce dernier. Cet intervenant est responsable du patient, il y a donc ici la notion d'imputabilité dans la prise en charge. Il peut être à la fois un éducateur, un intervenant social ou il peut être aussi un médecin. Par contre, il y a toujours un médecin répondant à cet intervenant.

Providing general training for case managers is fundamentally important as a prerequisite to providing excellent mental health care. More standardized legal frameworks would also be of great assistance for the clinical application of certain measures.

There are two false premises related to remote areas or limited resources in the region. The first: developing regions so that they can become fully self-sufficient. The second false premise: bringing all residents into urban centres for the purposes of receiving treatment.

First of all, it is utopic to talk about self-sufficiency given the limited resources available in all areas — and that is not likely to change. We are equally sharing staff shortages.

The other idea of bringing all people into urban regions for treatment fails to meet their specific needs, and goes well beyond what they need in terms of clinical treatment.

There are five important factors to consider with respect to the organization of services: flexibility, access to the full range of telecommunication tools, training, integration and affiliation. I will conclude with a brief comment about affiliation.

Our hospital's affiliation with a university in an urban region has made it possible to enhance and expedite access to highly specialized services, has contributed to appropriate training of medical and paramedical staff, and has made it possible to ensure ongoing professional development.

Affiliation has also helped to boost staff levels and provide a regional training internship under university auspices, thereby supporting possible recruitment efforts. University affiliation has reduced the sense of isolation among professionals and has helped to ensure universal sharing of scientific data through the use of video-conferencing. Through virtual means, it has reduced geographic distances, thereby enhancing real access to care.

In conclusion, teamwork is important in order to have a clear understanding of the regional community's structure and dynamics, to organize services as efficiently as possible from the standpoint of the patient, to meet the need for professional training and development, and to educate the population. It is also important for the purposes of working with informal caregivers, and in order to carry out the necessary research and evaluation that make it possible to develop theoretical models.

Work in the regions thus offers an unparalleled opportunity to optimize our skill sets for the greater benefit of our patients and the next generation.

**The Deputy Chair:** Thank you, Dr. Charbonneau.

[English]

**The Deputy Chairman:** How were you recruited into the position of working alone as a psychiatrist and being the kingpin of the North Shore?

L'importance capitale de la formation générale des intervenants principaux est une prérogative à l'excellence des soins de santé mentale. Des cadres légaux plus uniformisés seraient également très aidants dans l'application clinique de certaines mesures.

Il y a deux fausses prémisses lorsqu'on parle des régions éloignées ou des ressources limitées en région. La première prémisses : De développer les régions pour qu'elles deviennent complètement autosuffisantes. La deuxième fausse prémisses : Transporter toute la population vers les centres urbains pour les traitements.

L'autosuffisance est utopique compte tenu des ressources limitées dans tous les domaines; et ceci ne risque guère de changer. Nous sommes actuellement à partager équitablement la pénurie des effectifs.

L'autre aspect est celui du transport de tous les habitants vers des régions urbaines, ce qui ne correspond nullement à leurs besoins, et cela dépasse leurs besoins cliniques.

Cinq aspects importants dans l'organisation des services : la flexibilité, tous les moyens de télécommunication, la formation, l'intégration et l'affiliation. Je termine avec un mot sur l'affiliation.

L'affiliation universitaire de notre centre hospitalier avec les régions urbaines a aidé à favoriser et accélérer l'accessibilité à des services surspécialisés, a contribué à la formation du personnel médical et paramédical, et a maintenu le perfectionnement professionnel continu.

L'affiliation a aidé à augmenter virtuellement les effectifs et à offrir un milieu de stage de formation en région sous la gouverne universitaire et ainsi favoriser le recrutement éventuel. L'affiliation universitaire a diminué le sentiment d'isolement des professionnels et a aidé à partager universellement les données scientifiques via l'utilisation de la visioconférence. Elle a diminué virtuellement la distance géographique et ainsi favoriser réellement l'accès aux soins.

En conclusion, l'importance du travail d'équipe est de saisir la dynamique et la structure de la communauté régionale, d'organiser les services de façon la plus efficiente possible pour le patient, le besoin en éducation professionnelle et en éducation de la population. C'est aussi de collaborer avec les aidants naturels et de miser sur la nécessité de recherche — évaluation afin d'aider à l'élaboration de modèles théoriques.

Le travail en région offre une opportunité inégalée pour optimiser notre champ de compétence et ce pour le plus grand bénéfice de nos patients et de la génération future.

**Le vice-président :** Merci, docteur Charbonneau.

[Traduction]

**Le vice-président :** Comment avez-vous été recrutée pour votre poste, vous qui êtes la seule psychiatre et la grande responsable dans la région de la Côte-Nord?



[Translation]

**Dr. Charbonneau:** In 1982, the Government of Quebec cut the number of residency positions for medical specializations. So, during the first round, I was admitted to the specialization program, but all of a sudden, right after it began, I was told I was now first on the waiting list. There were five fewer positions.

So, I was offered an opportunity to do my residency in psychiatry in exchange for practising for four years in a remote area. I was going to be able to do four years of residency in psychiatry. My spouse, who is an anaesthesiologist, decided to leave with me to share in the experience, and we have never returned. We are free.

[English]

**The Deputy Chairman:** Louise, with respect to your presentation on the need for community-based resources in psychiatry, we will be addressing that in our report. We have heard that over and over, that patients are begging for more community-based facilities that provide primary care integrated with social services, so they have one-stop shopping, a home to go to, peer reinforcement and all of the things that go with it.

I know there are a couple of these springing up in Toronto, because Minister Smitherman told me that he wants Senator Kirby and me to come down and see them. How many of these community-based clinics and facilities are up and running in Toronto now?

**Dr. Nasmith:** Certainly not a sufficient number. It is always an interesting balance between creating new structures versus using what you have and integrating them better. We have to be careful not to create yet more silos out there, because the reality is that there is such a prevalence of mental health problems that run the gamut from somebody who is very severely ill with schizophrenia, to somebody who is struggling with depression.

The reality is that most of these individuals will probably still, at some point, come to a family medicine centre or a family doctor's office, and so long as that continues to happen — which I think it will, by default — you will not be able to build these kinds of structures that you are describing. We need to be able to hook into them and work with them.

There are a lot of community agencies doing terrific work around the University Health Network, where I happen to do my clinical work. I keep hearing about these little jewels of things that are happening, but we are not aware of them and we are not able to facilitate shared care for our patients.

[Français]

**La Dre Charbonneau :** En 1982, le gouvernement du Québec coupait les postes de position en spécialités pour les entrées en résidence. Alors, au premier tour, j'étais admise au programme de spécialités, mais très soudainement, juste avant le début de la spécialisation, on m'a annoncé que j'étais maintenant première sur la liste d'attente. Il y avait cinq postes de moins.

Alors, on m'a offert la possibilité d'effectuer ma résidence en psychiatrie en échange de quatre années en région éloignée. J'allais pouvoir faire quatre ans de résidence en psychiatrie. Mon conjoint, qui est anesthésiste, a décidé de partir avec moi pour cette expérience, et nous ne sommes jamais revenus. Nous sommes libres.

[Traduction]

**Le vice-président :** Louise, par rapport à ce que vous avez dit dans votre exposé sur la nécessité de créer des ressources communautaires en psychiatrie, nous comptons aborder ce point dans notre rapport. C'est quelque chose que nous avons déjà entendu à maintes reprises, à savoir que les patients supplient les autorités de créer davantage d'établissements communautaires qui puissent assurer des soins primaires de concert avec des services sociaux, afin qu'ils soient en mesure de s'adresser à un guichet unique pour obtenir tout ce dont ils ont besoin — un foyer, des contacts et l'aide de leurs pairs, et tout ce qui s'y rattache.

Je sais qu'il y en a un ou deux qui ont été mis sur pied à Toronto, parce que le ministre, M. Smitherman, m'a dit qu'il voudrait que le sénateur Kirby et moi-même allions les visiter. Combien y a-t-il actuellement de cliniques et d'établissements communautaires à Toronto?

**La Dre Nasmith :** Il n'y en a certainement pas assez. Il y a toujours un équilibre important à établir entre les nouvelles structures qui sont créées et une meilleure intégration et utilisation de celles qui existent déjà. Il faut éviter de créer d'autres structures indépendantes, parce que le fait est que la gamme des problèmes de santé mentale est très vaste et englobe ceux qui sont gravement malades, étant atteints de schizophrénie, par exemple, et d'autres qui souffrent parfois de dépression.

Le fait est qu'à un moment donné, la plupart de ces personnes s'adresseront sans doute à un centre de médecine familiale ou au cabinet d'un médecin de famille, et tant que cela continuera d'être le cas — et cela me semble bien probable, en l'absence d'autres possibilités — il ne sera pas possible de créer le genre de structures que vous décrivez. Il faut que nous puissions être intégrés à ces structures et travailler de concert avec elles.

Il y a énormément d'organismes communautaires qui font un excellent travail en collaboration avec le University Health Network, où j'accomplis mon travail clinique. J'entends constamment parler de toutes sortes de choses très intéressantes, mais nous ne sommes pas au courant et par conséquent, nous n'avons pas la possibilité d'offrir la possibilité de soins partagés à nos patients.

There are potentially these separate units that will maybe deal with some of the severely ill patients in the community, but we need to also look at the linking up, and at other patients who will not necessarily be using those. Yes, go and see them, but we need to learn some lessons from how they work and then how to broaden it out.

I think it works better in the rural areas because they have to make it work. It is not perfect and there is still a lack of resources, but you can function much better. As soon as you get into a big city, everything just falls apart in terms of coordinating care.

That is as much as I can say.

**The Deputy Chairman:** We learned something very interesting this morning from McGill, that fundamentally, the students of McGill get much better psychiatric care than the normal population. The reason is there is a private health care delivery system at McGill for psychiatry and student services.

The witness also alluded to the fact that it is similar in Toronto, but did not go any further. I would be interested in what you have to say, because he presented the ideal mental health medical-social team that is in place for the students, but not, of course, for the normal population in Quebec.

Tell me about the contrast between the University Health Network and Spadina Avenue.

**Dr. Kennedy:** I think you are asking about the university health services that would be available to students, obviously, from beyond Ontario. They do have an integrated health team that includes psychiatrists, family doctors and non-physicians, including a fairly decent number of psychotherapists, master's level psychologists, or Ph.D. psychologists. The service has relatively short waiting lists, and the majority of students who access it are in what you might call crisis mode, so they are given short, focused psychotherapy interventions.

A number of people who worked in our hospital settings have left the hospital to work in that group, and I think they find it very rewarding to see rapid turnaround of crisis mental episodes, if you like.

I cannot say much about its funding, other than I think students pay a modest amount per month, which gives them the equivalent of, I think they call it the University Health Insurance Plan rather than the Ontario Health Insurance Plan.

Il y a ces unités distinctes qui peuvent potentiellement prendre en charge les patients les plus gravement malades, mais nous devons également envisager d'établir des passerelles avec d'autres services et de faciliter l'accès à d'autres patients qui n'y auraient pas nécessairement recours en temps normal. Alors je vous encourage certainement à visiter ces établissements, mais ce qui est encore plus important, c'est que nous tirions les bonnes leçons des résultats de ce modèle et que nous arrivions à englober les autres services.

À mon avis, ce genre de modèle marche mieux en milieu rural, parce qu'il le faut bien. Ce système n'est pas parfait et il y a toujours le problème du manque de ressources, mais on peut quand même mieux travailler. Dès lors qu'on se trouve dans une grande ville, il devient tout simplement impossible de coordonner la prestation des soins.

C'est tout ce que je peux vous dire.

**Le vice-président :** Nous avons appris quelque chose de très intéressant ce matin à l'Université McGill, à savoir que les étudiants qui fréquentent l'Université McGill reçoivent de biens meilleurs soins psychiatriques que la population en général. S'il en est ainsi, c'est parce que l'Université McGill dispose d'un système privé de prestation de soins et de services en psychiatrie, notamment et pour l'ensemble des services assurés aux étudiants.

Le témoin a également parlé du fait que la situation est semblable à Toronto, mais sans donner d'autres précisions. J'aimerais donc savoir ce que vous en pensez, parce qu'il parlait de l'équipe médicale-sociale-psychiatrique qui existe pour les étudiants comme étant idéale, alors que ce genre de modèle n'est évidemment pas en place pour la population générale au Québec.

Parlez-moi donc de la différence entre l'University Health Network et l'établissement de l'avenue Spadina.

**Le Dr Kennedy :** Je suppose que vous me parlez des services de santé universitaires auxquels pourraient accéder les étudiants qui viennent de l'extérieur de la province. Il existe effectivement une équipe de soins intégrés qui comprend des psychiatres, des médecins de famille, et du personnel non médical, y compris un assez grand nombre de psychothérapeutes, de psychologues titulaires d'une maîtrise, ou de psychologues titulaires d'un doctorat. Les listes d'attente sont relativement courtes, et la majorité des étudiants qui ont recours à ce service sont en crise, pour ainsi dire, de sorte qu'ils bénéficient d'interventions psychothérapeutiques de courte durée.

Plusieurs personnes qui travaillaient en milieu hospitalier ont quitté ce milieu pour travailler avec les membres de ce groupe, et je pense qu'ils trouvent très intéressant de pouvoir régler rapidement des problèmes ou crises mettant en cause la santé mentale.

Je ne peux pas vous dire grand-chose à propos de son financement, si ce n'est que les étudiants paient un montant modeste tous les mois, si je ne m'abuse, ce qui leur donne l'équivalent du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, ce qu'on appelle, je pense, le Régime d'assurance-maladie universitaire.



**Dr. Nasmith:** It is the UHIP system, right, rather than OHIP. The interesting part is the rapid turnaround for a student in crisis — and I know McGill has the same thing. Pierre Tellier, who runs student services, was one of my colleagues, and they have an excellent system. However, it is contained and insurance pays for it.

**The Deputy Chairman:** We all get so uptight when we talk about private insurance, but here is a classic example in both our major cities. Of course, Workers' Compensation is the same idea.

**Dr. Kennedy:** Yes.

[Translation]

**Senator Pépin:** Dr. Nasmith, you made quite a few references in your presentation to education, and what should be done in faculties of medicine. I have to say we have heard a number of presentations where witnesses said that general practitioners were not adequately trained.

On page 4 of your brief, you make a number of suggestions with respect to medical schools, saying that they should modify their admission criteria, and there are a number of other points as well. We will certainly want to consider that because, according to Mr. Couillard's report tabled yesterday, physicians are to become the point of access for patients with mental problems.

So, there is room for improvement. Based on what I see here in your recommendations, that is extremely important.

You also talked about silos and what happens from one region to the next. If I understood you correctly, you were saying that there are silos between the different provinces and that what happens in one province does not necessarily happen in the next.

Do you have any suggestions to make as to how we might minimize these silos?

**Dr. Nasmith:** No, I do not have any suggestions because I wasn't really familiar with the term "FPT" until I began working with Health Canada. Now I understand that it is, unfortunately, extremely complicated and highly political.

Sometimes we come forward with very specific projects — and mental health may be one — and we succeed in bringing down existing barriers. We are focusing on a vulnerable client group that we feel very strongly about, and people are prepared to work towards this.

As a committee, you may have an opportunity to make suggestions that will help us to go further. Because the fact is it really is not easy, based on my understanding. I do not want to be too naive and believe that this can easily be accomplished.

**La Dre Nasmith :** Oui, c'est le RAMU plutôt que le RAMO. Ce qui est vraiment intéressant, c'est la rapidité avec laquelle un étudiant en crise peut recevoir de l'aide — et je sais que l'Université McGill dispose du même système. Pierre Tellier, qui est chargé d'administrer les services aux étudiants, était un de mes collègues, et je sais qu'ils ont un excellent système. Mais ce système est limité à une population précise et payé par les assurances.

**Le vice-président :** Nous avons tous tendance à nous crispier dès lors qu'il est question d'assurance privée, mais voilà un exemple classique de ce genre d'assurance dans nos deux plus grandes villes. Il en va de même pour les régimes d'indemnisation des accidentés du travail, bien entendu.

**Le Dr Kennedy :** Oui.

[Français]

**Le sénateur Pépin :** Docteur Nasmith, vous parlez beaucoup dans votre présentation de l'éducation, et de ce qui devrait être fait avec la faculté de médecine. Je dois dire qu'on a entendu plusieurs présentations selon lesquelles les médecins généralistes n'étaient pas suffisamment formés.

Je lis en page 4, vos suggestions quant aux facultés de médecine, et qu'elles devraient modifier les critères d'admission ainsi que plusieurs autres points. Nous allons sûrement le prendre en considération car, selon le rapport de M. Couillard qui a été déposé hier, les médecins deviendront la porte d'accès aux patients qui ont des problèmes mentaux.

Il y a matière à améliorations. D'après ce que je lis dans vos recommandations, c'est certainement très important.

Vous avez parlé aussi des silos et de ce qui arrivait d'une région à une autre. Si je vous ai bien compris, des silos existent entre les différentes provinces, ce qui se fait dans une province ne se fait pas nécessairement dans une autre.

Avez-vous des suggestions à nous faire pour nous guider afin de minimiser ces petits silos ?

**La Dre Nasmith :** Non, je n'ai pas de suggestion parce que je ne connaissais pas vraiment le terme FPT, avant que je fasse du travail avec Santé Canada. Maintenant, je comprends que c'est très compliqué et très politique, malheureusement.

Souvent, nous arrivons avec des projets très concrets et peut-être que la santé mentale en est un, et nous parvenons à défoncer les barrières qui existent. Nous visons une clientèle vulnérable, qui nous tient à coeur et les gens sont prêts à y travailler.

Peut-être avez-vous la chance, en tant que commission, de pouvoir donner des suggestions afin que nous allions plus loin. Parce qu'en réalité, ce n'est pas facile, si je comprends bien. Je ne veux pas être trop naïve en pensant que cela puisse se faire facilement.

**Senator Pépin:** If we were capable of removing the stigma attached to this and carrying out a really effective public awareness campaign, that would certainly help. We have noticed that from one province to another, there are silos. Perhaps if that happens, we will be able to negotiate our way around them.

When you look at the situation in the urban areas, there are a lot of professionals available there, compared to the regions. That is another problem. With new admission criteria, it would be easier to access well-trained general practitioners in every area.

[English]

Dr. Kennedy, you spoke about the workplace and insurance. Perhaps you could develop that concept a little further.

**Dr. Kennedy:** My visual presentation had a model that really highlighted the problems of people in the workplace — the term being “presenteeism,” people who are physically at work, but are often underperforming, under-functioning, and the delay before there is detection and a referral. Indeed, people often receive partial treatment and return to the same adverse work circumstances, so the problem is perpetuated. Again, it speaks to the public-private integration, whereby many people in the workplace receive employee assistance program help, which is adequate for some, like the university students in crisis, but not for those who have serious mental illness. There is not a good link from the health system within the workplace to other aspects of health care, and that is what I was saying needs to be developed.

**Senator Pépin:** We know also that some insurance companies will not insure people if they know that they had a nervous breakdown or something else, and the accessibility then for them is very difficult because often they cannot afford to see a psychiatrist.

[Translation]

Dr. Charbonneau, you said that self-sufficiency is utopic. I am referring here to certain proposals brought forward last week for the creation of frontline teams made up of practising physicians, social workers, nurses and psychologist.

Working in the region, your team is able to communicate with you and you can then tell them what service should be provided and where.

What do you think the ideal team would look like in terms of numbers? Would it include the same professionals? What do you see as absolutely critical?

**Le sénateur Pépin :** Si nous étions capables d'enlever la honte qui existe autour de tout cela et faire une bonne campagne de sensibilisation, cela aiderait sûrement. Nous avons constaté que d'une province à l'autre, il y a des silos. Peut-être qu'à ce moment-là, on sera capable de naviguer.

Lorsqu'on regarde dans les villes, il y a beaucoup de professionnels comparativement aux régions. C'est aussi un autre problème. Avec de nouveaux critères d'admission, ce serait plus facile de trouver des généralistes mieux formés un peu partout.

[Traduction]

Docteur Kennedy, vous avez parlé du milieu de travail et des assurances. Peut-être pourriez-vous nous expliquer un peu plus votre réflexion à ce sujet.

**Le Dr Kennedy :** Dans mon exposé, il était question d'un modèle qui mettait vraiment en relief les problèmes des gens au travail — on y parlait de « présentéisme », c'est-à-dire des gens qui sont physiquement présents au travail mais qui souvent n'ont pas une bonne prestation, ne remplissent correctement leurs fonctions et du retard qui est accusé avant qu'il y ait dépistage du problème et aiguillage vers le spécialiste approprié. Bien souvent, les gens sont partiellement traités pour leurs problèmes et retournent donc au travail en devant subir les mêmes conditions professionnelles négatives, si bien que le problème se perpétue. Encore une fois, on peut parler de l'importance de l'intégration des intervenants publics et privés, puisque beaucoup de gens qui travaillent bénéficient des programmes d'aide aux employés, qui leur suffisent dans bien des cas — comme les étudiants universitaires en crise, par exemple — mais cela ne convient pas aux personnes atteintes de maladies mentales graves. Pour le moment, il n'y a pas de bonne passerelle entre le système de soins au travail et d'autres soins ou services de santé, et c'est justement là que je vous disais qu'un certain développement s'impose.

**Le sénateur Pépin :** Nous savons aussi que certaines compagnies d'assurances refusent d'assurer les personnes qui ont fait une dépression nerveuse ou quelque chose du genre, et à ce moment-là, il leur est difficile d'accéder au système de soins parce qu'ils ne peuvent se permettre de payer les services d'un psychiatre.

[Français]

Docteure Charbonneau, vous nous avez dit que l'autosuffisance était utopique. Je me réfère à certains projets qui ont été déposés la semaine dernière voulant qu'il y ait des équipes de premières lignes qui soient composées de médecins praticiens, de travailleurs sociaux, d'infirmières et de psychologues.

En régions, votre équipe réussit à communiquer avec vous et vous êtes alors en mesure de leur dire quel service aller chercher et à quel endroit.

L'équipe idéale que vous aimeriez voir formée se composerait de combien de personnes ? Est-ce qu'elle se composerait de ces mêmes professionnels ? Qu'est-ce qui serait essentiel d'après vous?



**Dr. Charbonneau:** I guess you are referring to the clinical plan tabled in Quebec?

**Senator Pépin:** Yes, that has just been tabled.

**Dr. Charbonneau:** With health centres divided up into areas?

**Senator Pépin:** Yes.

**Dr. Charbonneau:** I agree with most of what is proposed. I think it is an excellent initiative. What I would not like to see forgotten and that I see no mention of in the report is the need for linkages between urban centres and universities.

I see an initial structure in the form of a health centre, but with linkages between regional poles and universities in every area, whether it be clinical considerations, training, supervision, or decentralization of specialized training.

**Senator Pépin:** When you have a patient with a serious psychological disorder, are you able to bring him in to a university centre to be treated and hospitalized?

**Dr. Charbonneau:** Yes, through our university affiliations. The administrators have made interfacility commitments. When there is a need for a clinical transfer for the purposes of receiving highly specialized care, the existence of these agreements greatly facilitates things. Because the centres know there is an administrative link in place already, that is extremely helpful. In that respect, there are no problems. That can be the case with Pinel, for patients that are highly dangerous or where there is a need for child psychiatry because we have no in-house unit able to provide that specialized care. As a result, we have to transfer the patient for extended hospitalization — in other words, more than seven days.

**Senator Pépin:** We were also told this morning that another factor is the kind of leadership parents give their children — both the parents and grandparents, the support network being extremely important. And yet that support is less and less evident, since we see a great many adolescents with psychiatric problems.

There was a lot of emphasis on the need for good parent-child relationships, something that is rarer nowadays because of the number of broken families. Do you see that in the regions as well?

**Dr. Charbonneau:** We do know that as a general rule, children tend to live at home with their parents longer. We work a lot with families that act as informal caregivers. As we were explaining earlier, we have a model in place that is defined according to needs. We can certainly say that this model is working well.

**Senator Pépin:** In your region?

**La Dre Charbonneau :** Vous faites référence au plan du projet clinique déposé au Québec ?

**Le sénateur Pépin :** Oui, qui vient d'être déposé.

**La Dre Charbonneau :** Avec les centres de santé divisés en territoires ?

**Le sénateur Pépin :** Oui.

**La Dre Charbonneau :** Je suis d'accord avec la majorité du projet. Je trouve que c'est une excellente initiative. Ce que je ne voudrais pas qu'on oublie et que je ne vois pas non plus dans le rapport, c'est l'articulation avec les centres urbains et les universités.

Je vois une première organisation en centre de santé mais chapeautée par des liens entre les pôles régionaux et les universités pour tous les aspects, que ce soit les aspects cliniques, de formation, de supervision, de décentralisation de la formation spécialisée.

**Le sénateur Pépin :** Lorsque vous avez un patient qui est gravement malade psychologiquement, êtes-vous en mesure de le faire transporter dans un centre universitaire pour être traité et hospitalisé ?

**La Dre Charbonneau :** Oui, par nos affiliations universitaires. Il existe des engagements interétablissements pris par les directeurs généraux. Quand survient le besoin d'un transfert clinique pour des soins surspécialisés, c'est très facilitant. Parce que les centres savent qu'ils sont déjà en lien administratif et cela aide énormément. Nous n'avons pas de difficulté. Comme à Pinel, pour les patients avec dangerosité importante ou encore en pédopsychiatrie, parfois, car n'avons pas d'unité de soins internes pour cette spécialité. Donc, nous devons transférer le patient pour une hospitalisation plus longue, soit de plus de sept jours.

**Le sénateur Pépin :** On nous a dit également ce matin qu'il y avait une relation entre le parrainage, le leadership que les parents donnaient aux enfants, les parents et les grands-parents, en soulignant l'importance du soutien. Soutien qu'on retrouve de moins en moins, parce qu'on a beaucoup d'adolescents qui souffrent de troubles psychiatriques.

On nous mentionnait l'importance d'avoir d'excellentes relations parentales, ce qui est plus rare maintenant à cause du nombre de familles éclatées. En région, que faites-vous face à ce problème ?

**La Dre Charbonneau :** Nous savons qu'en région, règle général, les enfants demeurent plus longtemps chez leurs parents. Nous travaillons beaucoup avec les familles qui sont les aidants naturels. Comme on l'expliquait tantôt, nous avons un modèle qui est défini par les besoins. On peut vous dire que c'est un modèle qui fonctionne bien.

**Le sénateur Pépin :** En région ?

**Dr. Charbonneau:** Yes. And patients are satisfied. The concept of confidentiality and working one on one is more prevalent among certain users or administrations that have some reservations with respect to confidentiality.

However, as a general rule, the patients themselves are extremely satisfied with the idea of other family members being involved or there being contact with other system partners. That is not really an issue for the patients.

[English]

**Senator Trenholme Counsell:** I found myself this morning defending the training of physicians in mental health. I said that I think medical schools are getting a bad rap, because perhaps there is a limited amount of time for all students in training to become medical doctors, to get that first degree. Then they will go in 60 directions afterwards; I used that number out of my head. I said I believe that in family practice training, which lasts two years, there is a much better preparation in terms of mental illness and mental health. I wonder, Dr. Nasmith, how you would reply to that, whether I was speaking out of turn? We would be interested to hear the emphasis of the college in terms of that preparation.

**Dr. Nasmith:** Certainly it is one of the requirements for accreditation that all of our residents in family medicine get good, solid training in issues related to mental health. I would say that generally speaking, the grounding in mental health issues, particularly around depression and anxiety is good — perhaps less so on schizophrenia. We have so many of our own patients, as well as when they do their psychiatry rotations, they are quite comfortable in diagnosing and, I think, in treating. I am quite taken with the level of comfort that our residents have.

In the area of addictions, it is another story. I was looking at some of the data that have just been released from the National Physicians Survey of 2004 that also surveyed medical students and second-year residents across the country, and there were questions about whether certain things are important in training. They were asked whether they get certain kinds of training and whether it should be mandatory. One of the questions had to do with addictions, and only a small number of residents felt that it was an important part of their training, which quite shocked me, given the extent of the problem. An equally small number felt that training in Aboriginal health was important.

**La Dre Charbonneau :** Oui. Et, les patients sont satisfaits. La notion de confidentialité, de travailler un à un, concerne davantage certains utilisateurs ou même des administrations qui ont une certaine pudeur par rapport à la confidentialité.

Les patients eux-mêmes sont, en général, très satisfaits que d'autres membres de leur famille soient impliqués ou qu'on parle à d'autres partenaires du réseau. Cette difficulté ne vient pas des patients principalement.

[Traduction]

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Ce matin, j'ai ressenti le besoin de défendre la formation que reçoivent les médecins dans le domaine de la santé mentale. J'ai dit qu'à mon avis, les écoles de médecine sont critiquées injustement, parce que le temps prévu pour cette première formation médicale, celle qui permet aux jeunes étudiants de devenir médecins, est tout de même limité. Après avoir obtenu leur premier diplôme, il y a 60 orientations différentes qui peuvent éventuellement les intéresser; c'est évidemment un chiffre que je vous lance comme ça. Mais j'ai insisté sur le fait qu'à mon avis, la formation en médecine familiale, qui dure deux ans, prépare beaucoup mieux les médecins pour ce qui est de leur capacité de traiter les maladies mentales et d'être sensibles à la santé mentale de leurs patients. Docteur Nasmith, qu'en pensez-vous? Est-ce que je me trompe à votre avis? Nous aimerions bien connaître les vues du Collège sur la qualité de cette préparation.

**La Dre Nasmith :** Pour être accrédités, il va sans doute que tous les médecins dits « résidents » en médecine familiale reçoivent une solide formation en tout ce qui concerne la santé mentale. Je dirais que de façon générale, les connaissances qu'ils acquièrent dans le domaine de la santé mentale, notamment en matière de dépression et d'anxiété, est bonne — mais elle l'est peut-être moins pour ce qui est du traitement de la schizophrénie. Nous avons beaucoup de patients chez nous qui ont besoin d'être traités pour ces problèmes, et je sais que les médecins résidents, même quand ils font leurs tournées dans les services psychiatriques, qui sont parfaitement à l'aise quand il s'agit de faire des diagnostics et de traiter les patients. Je suis donc très impressionnée par la facilité avec laquelle nos médecins résidents peuvent traiter les patients qui souffrent de problèmes de santé mentale.

C'est une toute autre histoire pour les toxicomanies, toutefois. Je regardais les données de l'Enquête nationale sur les médecins de 2004 qui viennent d'être publiées, et dans le cadre de laquelle on a sondé des étudiants en médecine et des médecins résidents de deuxième année dans toutes les régions du Canada pour savoir, entre autres, si certains éléments de leur formation leur semblaient importants. On leur a donc demandé s'ils reçoivent certains types de formation et dans quelle mesure cela devrait être obligatoire. L'une des questions portaient sur les toxicomanies, et seulement un petit nombre de médecins résidents estimaient que ce genre de formation était importante — statistique qui m'a vraiment choquée, étant donné l'étendue du problème des toxicomanies. Un nombre tout aussi minime de répondants estimaient qu'une formation en santé autochtone était importante.



That is a message to us that not only do we have to bring it into the curriculum more forcefully, we have to show our young people that these are important parts of their future practice.

I am not sure if that answers your question.

**Senator Trenholme Counsell:** Yes, it does.

I became interested in early childhood development largely because of my experiences as a family physician, and I am wondering how well you think our new family physicians are being sensitized to early detection, diagnosis, suspicion, whatever, and intervention in the case of children, whether it is attention deficit or a multitude of things. There are just so many things. I do not like to use the word “adequate” because it is never enough, but do you think there is good attention to this? Family physicians are on the ground there, and I believe that they and public health nurses have a great responsibility for the early detection, shall we say, rather than diagnosis, at least of vulnerabilities. What do you think about that?

**Dr. Nasmith:** I certainly agree that this should be done. I would say that we are probably not doing a great job. Part of it has to do with just getting adequate exposure. We have to cover a lot in two years. There are a certain number of children seen in our family medicine centres, but usually the percentage is not terribly high, so the chances of seeing a lot of children who have either developmental problems or some of the other issues you are talking about is limited. They might get it during their pediatrics rotation and again in their ambulatory work, but it is unlikely in the case of in-patients. I would have to say that I do not think we are doing a good enough job, and our young ones coming out do not feel comfortable.

They might have an index of suspicion, but they do not know what to do with it. If you do not know what to do with something, as someone said earlier, you tend to ignore it. I think there is work to be done there.

**Senator Trenholme Counsell:** I know we are not supposed to be telling you things, we are supposed to be listening, but I would hope that with this great emphasis across the land, and internationally, of course, on early childhood development, that the college would be looking at that to see how they could better prepare physicians for this role. The days when we had mother and baby programs are gone, and then we had Dr. Spock, but I do not think anyone is giving out Dr. Spock any more and saying

Pour moi, cela veut dire que nous devons non seulement incorporer ces éléments de façon plus significative dans nos programmes d'études, mais aussi faire comprendre à nos jeunes qu'il s'agira à l'avenir de segments importants de leur pratique à l'avenir.

Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Oui, tout à fait.

J'ai commencé à m'intéresser à la question du développement des jeunes enfants en raison de mes expériences à titre de médecin de famille, et je me demande par conséquent si vous estimez que nos médecins de famille débutants sont bien préparés et bien sensibilisés à l'importance du dépistage précoce, des diagnostics, des soupçons qu'ils peuvent avoir et les interventions qui s'imposent dans le cas des enfants, qu'ils soient atteints d'hyperactivité avec déficit de l'attention ou d'autres troubles — il y en a tellement. Je n'aime pas employer le terme « adéquat » en cherchant à décrire la formation, parce que au fond, on n'a jamais fini de se former, mais à votre avis, accorde-t-on suffisamment d'importance à cette question-là? Les médecins de famille travaillent sur le terrain, pour ainsi dire, et ce sont eux et les infirmières de la santé publique qui ont une grande responsabilité en ce qui concerne le dépistage précoce, par opposition au diagnostic, de faiblesse de ce genre. Qu'en pensez-vous?

**La Dre Nasmith :** Je suis d'accord pour dire qu'il faut le faire. Je dirais que nous n'en faisons sans doute pas assez sur ce plan-là. Il s'agit, en grande partie, de leur permettre d'obtenir de bonnes bases. Il y a énormément de matières à enseigner dans deux ans. Dans nos centres de médecine familiale, nous traitons un certain nombre d'enfants, mais comme le pourcentage n'est pas très élevé, la probabilité que les médecins débutants traitent beaucoup d'enfants atteints de problèmes de développement ou d'autres troubles, comme ceux que vous avez évoqués, est tout de même limitée. Il est possible qu'ils obtiennent une certaine expérience pendant leur rotation pédiatrique et encore une fois dans un service de soins ambulatoires, mais cela est peu probable en milieu hospitalier. Je dois dire que selon moi, nous ne leur offrons pas une formation suffisante dans ce domaine, et je pense que les jeunes médecins qui sortent des écoles ne se sentent pas à l'aise quand ils ont à traiter ce genre de problèmes.

Ils peuvent avoir une idée des signes qui devraient leur sembler suspects, mais ils ne savent pas quoi faire quand ils sont confrontés à un cas de ce genre. Et si vous ne savez pas quoi faire, comme le disait quelqu'un tout à l'heure, vous avez tendance à ne pas en tenir compte. Donc, il y a du travail à faire à cet égard.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Je sais que notre rôle n'est pas de vous dire des choses, mais plutôt de vous écouter, mais j'espère que, étant donné l'accent qui est mis dans tout le Canada et à l'échelle internationale, bien entendu, sur le développement des jeunes enfants, le Collège s'efforcera de voir ce qu'il peut faire pour mieux préparer les médecins à jouer ce rôle. L'époque des programmes destinés aux mères et à leurs enfants est maintenant révolue, et même si nous avons pu nous appuyer sur les conseils

to read it; not that it is still not a good resource. It is all important, because we have unique opportunities right from the beginning, and prenatally, of course.

This is a new era in early childhood development, and I would hope that the college is reconsidering the amount of time spent on it and how that is handled. Have you talked about that as a college?

**Dr. Nasmith:** Alain Pavilanis is our current president. Every year the president has a theme, and his is child and adolescent health. I will certainly bring this back to our executive. I also sit on the accreditation committee and will take it to them as well.

**Senator Trenholme Counsell:** Dr. Kennedy, we had some discussion this morning — we have it almost everywhere — about drugs, and it comes up repeatedly that physicians are not adequately informed about and skilled in drug prescribing; that they are, in the case of mental illness — this was said, so I will try to repeat it — being unduly influenced by the pharmaceutical companies. I believe there is a rating, a check-off sheet. Is the person depressed or not? Maybe there are a lot of other check-off sheets for family physicians to use. That is a question with a number of angles to it, but maybe you could just respond.

**Dr. Kennedy:** The first question is about detection and the use of self-reporting tools, and of course they are not diagnostic, but they can be used for screening. Obviously, with screening instruments, you hope for more false positives than false negatives, so more detection is, in fact, good.

The second point is what do you do when you detect a problem? I can speak for the University of Toronto and for others, and, I think, those in the pharmaceutical industry as well. A series of guidelines and standards of practice have been put in place that I believe clearly define the interaction in a positive way. People are aware of some of the concerns. The real question is how do we get the information out in our own residency training for psychiatrists? When we ask residents how satisfied they are with various aspects of their training, often the pharmacotherapy is felt to be inadequate. We have, as you know, tricyclic antidepressants that have a 50-year history, and then we have a

du Dr Spock par la suite, de nos jours, je ne crois pas que l'on distribue le livre du Dr Spock en disant aux jeunes mères de le lire; cela ne veut pas dire, évidemment, que ce livre ne constitue pas une bonne source d'information. Tous ces éléments sont importants, parce que dès le départ, et avant la naissance, bien entendu, nous avons la possibilité d'aider les mères et leurs enfants.

Nous entrons dans une nouvelle ère en ce qui concerne le développement des jeunes enfants, et j'espère par conséquent que le Collège réexaminera l'importance qui est accordée à cette question dans les programmes d'études et la façon de présenter cette information aux étudiants. En avez-vous déjà discuté au Collège?

**La Dre Nasmith :** Alain Pavilanis est le président actuel. Chaque année, le président choisit un thème, et le sien est la santé des enfants et des adolescents. Je vais certainement en discuter avec l'exécutif du Collège. De plus, je suis membre du comité d'accréditation et je compte soulever la question auprès de ce dernier également.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Docteur Kennedy, nous avons discuté un peu ce matin — d'ailleurs, c'est presque toujours le cas — des médicaments, et le fait est qu'on nous dit constamment que les médecins ne sont pas bien informés des médicaments qui existent ni dans quelles conditions il convient de les prescrire; on nous dit que s'agissant des médicaments utilisés pour traiter les maladies mentales — voilà ce qu'on nous a dit; et je vais donc essayer de vous répéter exactement leurs propos — les médecins sont indûment influencés par ce que leur disent les compagnies pharmaceutiques. Je crois qu'il existe une sorte de fiche d'évaluation ou de contrôle. La personne est-elle déprimée ou non? Il y a peut-être toutes sortes d'autres fiches de contrôle qu'utilisent les médecins de famille. Ma question soulève plusieurs éléments différents, et je vous invite à répondre dans la mesure du possible.

**Le Dr Kennedy :** Votre première question porte sur le dépistage et l'utilisation d'outils d'autodéclaration, et bien sûr ce ne sont pas des outils de diagnostic même si on peut les employer à des fins de dépistage. Évidemment, quand on utilise des instruments de dépistage, on espère toujours qu'il y ait plus de faux positifs que de faux négatifs, et dans ce sens, le dépistage d'un plus grand nombre de cas est effectivement quelque chose de positif.

Deuxièmement, que faut-il faire quand on découvre un problème? Je peux vous parler de ce qui se fait à l'Université de Toronto et ailleurs, et si je ne m'abuse, dans l'industrie pharmaceutique également. Une série de lignes directrices et de normes de pratique ont été créées qui définissent clairement l'interaction de façon positive. Les gens sont au courant des préoccupations exprimées à cet égard. La vraie question est de savoir comment informer les médecins résidents en psychiatrie? Quand nous demandons aux médecins résidents dans quelle mesure ils sont satisfaits de différents aspects de leur formation, souvent ils nous répondent que l'enseignement de la



series of newer agents. If I ask the average resident after four years what experience they have had with some of the older agents, many will have had none.

**Senator Trenholme Counsell:** Because they are using the new drugs?

**Dr. Kennedy:** Because they are only using the newer agents. I think we can certainly do a better job in training. Frankly, because in our profession we have not taken the time to develop the educational programs ourselves, industry has often stepped into the vacuum. I think the next step will be much better — if you want to call it “policed partnerships” — where the information is delivered in an unbiased way. Unfortunately, there is not the money to do the training without partnerships with industry, and that is often how the information is delivered.

**Senator Trenholme Counsell:** I interned at the Toronto General, the old hospital, and I felt I had quite an immersion in mental illness because of the people who came there. I would like to know, with the University Health Network, is that outpatient clinic still serving the mentally ill, mentally distressed, the deranged and so on, in downtown Toronto? You do not have family practice residents there now, do you?

**Dr. Kennedy:** We do.

**Senator Trenholme Counsell:** Oh, you do?

**Dr. Kennedy:** Yes.

**Senator Trenholme Counsell:** You still have a family practice unit?

**Dr. Kennedy:** We have Toronto General Hospital, Toronto Western Hospital, and Princess Margaret Hospital in our three-hospital group.

**Senator Trenholme Counsell:** Is the Toronto General still where it was?

**Dr. Kennedy:** Absolutely.

**Senator Trenholme Counsell:** That is good to know.

**Dr. Kennedy:** With a few new buildings beside it.

**Senator Trenholme Counsell:** It does not look like its old self.

pharmacothérapie n'est pas suffisant. Comme vous le savez, nous avons recours à des antidépresseurs tricycliques qui existent depuis une cinquantaine d'années, et nous avons aussi accès à une série d'agents plus récents. Si je demande au médecin résident moyen, après quatre ans, dans quelle mesure il a eu l'occasion d'utiliser certains des agents plus anciens, je peux vous dire qu'un grand nombre d'entre eux n'auront eu aucune expérience de ces autres produits.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Parce qu'ils ont recours aux nouveaux médicaments?

**Le Dr Kennedy :** Oui, parce qu'ils ne se servent que des médicaments plus récents. Donc, il y aurait effectivement lieu de renforcer cet élément de leur formation. Et pour vous dire la vérité, comme la profession n'a pas pris le temps de mettre sur pied ses propres programmes d'enseignement dans ce domaine, l'industrie pharmaceutique a elle-même décidé de combler cette lacune. Pour moi, la prochaine étape sera bien meilleure — on pourrait parler dans ce contexte de « partenariats contrôlés », c'est-à-dire où l'information est présentée de façon parfaitement impartiale et objective. Malheureusement, nous ne pouvons nous permettre, financièrement, d'assurer cette formation à moins d'établir des partenariats avec l'industrie, et c'est pour cette raison que l'information est souvent transmise aux médecins par cette dernière.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'ai fait mon internat au Toronto General, ce vieil hôpital, et j'ai l'impression d'avoir eu l'occasion d'obtenir de bonnes bases en ce qui concerne le traitement des maladies mentales en raison des personnes qui venaient s'y faire soigner. S'agissant de l'University Health Network, pourriez-vous me dire si ce service de consultations externes traite toujours les personnes atteintes de maladies mentales, de troubles mentaux, ou d'aliénation mentale au centre-ville de Toronto? Vous n'y avez plus de médecins généralistes résidents, n'est-ce pas?

**Le Dr Kennedy :** Si, nous en avons.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Ah, bon?

**Le Dr Kennedy :** Oui.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Vous avez toujours une unité de médecine générale?

**Le Dr Kennedy :** Notre groupe de trois hôpitaux se compose de l'Hôpital Toronto General, de l'Hôpital Toronto Western, et de l'Hôpital Princess Margaret.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** L'Hôpital Toronto General est-il toujours situé au même endroit?

**Le Dr Kennedy :** Oui, tout à fait.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** C'est bon à savoir.

**Le Dr Kennedy :** Enrichi de quelques nouveaux bâtiments.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Il ne ressemble plus à ce qu'il était autrefois.

That must give you quite a good indication of what is happening in the city in terms of the walk-ins of mentally ill? Is it going up, staying the same, or is it worse or better?

**Dr. Kennedy:** We are in discussions at the moment of an alliance among Mount Sinai Hospital, the University Health Network, St. Michael's Hospital, St. Joseph's Hospital and the Centre for Addiction and Mental Health to look at how best to serve our walk-in emergency psychiatry population. For example, by having some what we might call comprehensive sites, and then some supportive sites, and a better integration of the assessments and the beds.

In some of the hospitals we have also developed programs and teams with the police, where psychiatric personnel go out in the squad cars and see people who are felt to be —

**Senator Trenholme Counsell:** Mobile crisis.

**Dr. Kennedy:** Mobile crisis teams. We are trying to improve the efficiency.

The actual volume of people coming in fluctuates. For example, in the last year it has not gone up, but it often depends on where ambulances will actually take people.

As we talk about the community investment, one of my concerns would be if we did to the mentally ill what was done 100 years ago, in that they were walled off from the other aspects of medicine, particularly at a time when we see more and more the physical basis of a number of mental illnesses. Clearly, it is important to build the community programming, but to my way of thinking, it would be doing a great disservice if we made it more difficult for somebody with schizophrenia or bipolar illness to be treated in a medical model. We need the best of both models.

**The Deputy Chairman:** If I may intervene there, because it is most important.

We heard that universally from the patient population.

**Dr. Kennedy:** Good.

**The Deputy Chairman:** They want to be part of the big picture. They do not want to go to somewhere with a sign saying, "Toronto Bipolar Institute." The other thing that we heard from the patients is the flip side of what is happening in Toronto. They said they do not want to go to the big medical centres. They want

Cela doit vous donner une bonne indication de la situation à Toronto en ce qui concerne le nombre de personnes atteintes de maladies mentales qui viennent spontanément se faire soigner. Ce nombre augmente-t-il, est-il inchangé et la situation s'est-elle aggravée ou plutôt l'inverse?

**Le Dr Kennedy :** Nous sommes actuellement en pourparlers avec les responsables de l'Hôpital Mount Sinai, de l'University Health Network, de l'Hôpital St. Michael's, de l'Hôpital St. Joseph's et du Centre de toxicomanie et de santé mentale en vue d'établir une alliance qui va nous permettre de mieux servir notre population de patients ambulatoires ayant besoin de soins psychiatriques d'urgence. Par exemple, en établissant ce qu'on pourrait appeler des centres de soins complets, et aussi des centres de services de soutien, ainsi qu'une meilleure intégration des évaluations et de l'utilisation des lits, nous pourrions sans doute améliorer les services.

Dans certains hôpitaux, nous avons également mis sur pied des programmes et des équipes qui travaillent de concert avec la police, c'est-à-dire que le personnel psychiatrique sort avec les agents de police dans leurs voitures pour voir des personnes qu'on estime être...

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Des équipes d'intervention mobiles.

**Le Dr Kennedy :** Oui, des équipes mobiles d'intervention d'urgence. Nous essayons d'améliorer l'efficacité de ces équipes.

Le nombre de personnes traitées fluctue. Par exemple, les volumes n'ont pas augmenté au cours de la dernière année, mais tout dépend de l'établissement où les ambulanciers amènent les patients.

S'agissant d'investissement dans les collectivités, je dois dire à ce sujet que je serais extrêmement inquiet si nous décidions de faire aux personnes atteintes de maladies mentales ce qu'on leur a fait il y a une centaine d'années, c'est-à-dire de les traiter en vase clos, sans tenir compte d'autres aspects de la médecine, notamment à une époque où nous comprenons de mieux en mieux que beaucoup de maladies mentales ont une origine physique. Il est évidemment très important d'avoir de bons programmes communautaires, mais en ce qui me concerne, nous servirions mal cette population si nos innovations avaient pour résultat de faire en sorte qu'une personne atteinte de schizophrénie ou de troubles bipolaires ne puisse être traitée en fonction d'un modèle médical. Nous devons retenir les meilleurs éléments de ces deux modèles.

**Le vice-président :** Je me permets de faire une petite intervention, parce que ce point est extrêmement important.

C'est justement ce sur quoi insistait la population de patients, et ce de façon universelle.

**Le Dr Kennedy :** Très bien.

**Le vice-président :** Les patients veulent pouvoir bénéficier de toute la gamme des soins. Ils ne veulent pas avoir à s'adresser à un établissement portant un nom comme « l'Institut bipolaire de Toronto ». L'autre point sur lequel les patients ont beaucoup insisté correspond en réalité à l'inverse de ce que vous visez



community centres, with primary care in those centres. They are happy to go to the Toronto Hospital, or whatever, when they need the expertise of a psychiatrist, but they rightly pointed out, "We do not need a psychiatrist very often, and we do not want to go there unless we do. We want to go to our community centres and see our family physician, our guidance counsellor, the lady who gives us the cheque to pay the rent, the lady who gives us the cheque to buy the food, all in one place." I think that is important.

[Translation]

**Senator Trenholme Counsell:** I listened to your presentation in French, which is always a challenge for me, but I believe you did refer to telemedicine, did you not?

**Dr. Charbonneau:** Yes.

**Senator Trenholme Counsell:** I would be interested in hearing your opinion of this new technology and the options it gives you in your region, indeed in all rural areas.

**Dr. Charbonneau:** I am very pleased to have an opportunity to talk to you about telepsychiatry. I am mandated by the Quebec Psychiatry Association to implement the telepsychiatry system in Quebec, and so you will understand why this is something I feel very strongly about.

I have been involved in telepsychiatry for seven years now and have found it extremely useful, although it cannot replace regional staff. And there is no doubt that it in no way replaces psychiatrists themselves. However, telepsychiatry can improve care and provide quicker access to care.

Perhaps I could just explain. Telepsychiatry can be useful in the clinical setting when you need a second opinion. It means you don't have to send a patient somewhere else, and you can be with him. And we get a second opinion. Telepsychiatry is very quick, effective and inexpensive.

There is also the matter of treatment for patients living in rural areas. For two years now, we have even been providing group therapy via telemedicine. The way it works is that patients who may be living in Blanc-Sablon, say, come in for the first of ten group therapy sessions. For the following sessions, they attend via video-conferencing with other local patients. They then complete their group therapy at a final session with psychologists present.

It is a way of increasingly broadening horizons. The other very important aspect in terms of regional involvement, both from a clinical and administrative standpoint, is the fact that physicians from all over, and at different administrative or policy levels, can take part via video-conferencing. Telemedicine makes it easier to get people involved.

And there is one last very important point, which has to do with the training of staff and other individuals. Several times a week, we have a chance to participate in academic conferences

actuellement à Toronto. Ils nous ont dit qu'ils ne veulent pas être obligés de s'adresser à de grands centres médicaux. Ils préfèrent être soignés dans les centres communautaires et que ces centres puissent assurer les soins primaires. Ils veulent bien aller à l'Hôpital de Toronto ou ailleurs quand ils ont besoin de l'expertise d'un psychiatre, mais ils nous ont dit à juste titre : « Nous n'avons pas souvent besoin d'un psychiatre, et nous ne voulons pas nous faire soigner dans ce genre d'établissement à moins d'avoir besoin d'un psychiatre. Nous préférons aller dans des centres communautaires pour voir notre médecin de famille, notre conseiller, la dame qui nous fait un chèque pour payer le loyer, celle qui nous fait un chèque pour acheter à manger, et ce dans un même centre ». Pour moi, c'est important.

[Français]

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'ai écouté en français, c'est toujours un défi pour moi, mais je pense que vous avez mentionné la télémédecine ?

**La Dre Charbonneau :** Oui.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** J'aimerais connaître votre opinion sur cette nouvelle technologie et les possibilités qu'elle offre pour votre région et pour toutes les régions rurales.

**La Dre Charbonneau :** Cela me fait plaisir de vous parler de la télépsychiatrie. Je suis mandatée pour l'Association des psychiatres du Québec pour l'implantation de la télépsychiatrie au Québec, donc c'est quelque chose que j'ai très à coeur.

Je fais de la télépsychiatrie depuis sept ans et cela a été très utile, sans toutefois remplacer les effectifs en région. Il est certain que cela ne remplace pas les psychiatres eux-mêmes. Par contre, télépsychiatrie peut améliorer les soins et l'accessibilité rapide à ceux-ci.

Je m'explique. La télépsychiatrie peut être utile au niveau clinique lorsqu'on a besoin d'une deuxième opinion. Nous évitons ainsi de transporter le patient à l'extérieur, et nous pouvons être avec lui. Nous obtenons alors la deuxième opinion. La télépsychiatrie est très rapide, efficace et peu coûteuse.

Il y a aussi l'aspect des traitements pour les patients en région rurale. Depuis deux ans, nous pouvons même faire des thérapies de groupe en télémédecine. C'est-à-dire que les patients qui habitent à Blanc-Sablon viennent pour une première séance d'une thérapie de groupe de dix séances. Pour les séances subséquentes, ils vont assister en visioconférence avec les autres patients locaux. Ils vont ensuite terminer leur thérapie de groupe avec la dernière séance et les psychologues.

Cela permet d'élargir de plus en plus les horizons. L'autre aspect très important pour l'implication des régions, tant au niveau clinique qu'au niveau administratif, c'est la participation des médecins de partout à différents niveaux d'administration ou à des niveaux politiques via la visioconférence. La télémédecine permet de faciliter l'implication des gens.

Dernier point super important : la formation du personnel et des différentes personnes. Nous avons la chance plusieurs fois par semaine d'avoir des conférences universitaires qui nous sont

that we receive live online via video-conference, and thus we are able to interact with the University of Montreal every week. We are not isolated. We are up to date and we take part in academic life. We also collaborate by teaching students in residence on site.

So, I am in favour of partnerships. I do not agree with operating in silos, and believe instead we should be promoting partnerships at all levels between the regions and the major urban centres.

**Senator Trenholme Counsell:** Can telemedicine or telepsychiatry be used for all age groups, even older people, or is it particularly suitable for young people?

**Dr. Charbonneau:** There are two things with respect to clinical use. As a general rule, there are very few problems with adult clients, except in special cases, such as with highly paranoid patients. Sometimes this particular technique cannot be used with such patients.

With children, however, it can be extremely useful because as you know, children living in remote areas do not have access to child psychiatry services. I find that quite incredible and I deplore the fact that these services are not available. We're doing whatever we can, because there is no child psychiatry team available in the region.

Telepsychiatry can therefore be extremely useful for pedopsychiatry, because it allows us to receive assessments from pedopsychiatrists in the major centres. One of the problems we encounter is using this with small children who are only two or three years old, because they do not understand that they may be too close to the television. When they are too close to the screen, the pedopsychiatrist no longer sees them on camera.

With older people, it is also extremely useful. We are even considering developing "homebase" models for the purposes of making assessments, so that seniors are not required to travel. There are some models available already, and I believe that they have already begun to use that particular model in the rest of Canada.

With older people, there can be hearing limitations. From what I have read, hearing and sensory problems can sometimes make things more difficult, but it is generally a very useful tool.

**Senator Trenholme Counsell:** Are you comfortable with that practice? And do you use it often?

**Dr. Charbonneau:** Yes, we use video-conferencing every week.

**Senator Gill:** Dr. Charbonneau, I would say you are both a physical and a psychological athlete because anybody who knows the Lower North Shore area knows that it is very large. As you were saying earlier, it is 1,000 kilometers of coast, 600 kilometers to Schefferville and the Labrador boundary, 1,000 kilometers from Montreal, and 800 kilometers from Quebec City.

envoyées en direct en visioconférence et nous sommes en interaction avec l'Université de Montréal, toutes les semaines. Nous ne sommes pas isolés. Nous sommes à jour et participons à la vie universitaire. Nous collaborons aussi en faisant de l'enseignement sur place aux étudiants en résidence.

Je suis donc pour le partenariat. Je ne suis pas d'accord avec un fonctionnement en silos, mais pour la promotion de partenariats à tous les niveaux, entre les régions et les grands centres urbains.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** La télémédecine ou la télépsychiatrie peut-elle être utilisée pour tous les groupes d'âges, et même les personnes plus âgées, ou est-ce particulièrement pour les jeunes ?

**La Dre Charbonneau :** Il a deux aspects par rapport à l'utilisation clinique. Pour la clientèle adulte, en général, cela cause très peu de problèmes, sauf certaines particularités comme les très grands paranoïdes. Parfois, il faut éviter d'utiliser cette technique avec ces patients.

Chez les enfants, cela peut être très utile parce que vous savez, en région éloignée, les enfants n'ont pas de services en pédopsychiatrie. C'est incroyable et ce manque est déplorable. Nous faisons notre possible, car il n'y a pas d'équipe de pédopsychiatres en région.

La télépsychiatrie est donc très utile en pédopsychiatrie, car elle nous permet de recevoir des évaluations par des pédopsychiatres des grands centres. Une des difficultés rencontrées se situe chez les petits enfants de deux ou trois ans, parce qu'ils ne comprennent pas qu'ils ne peuvent pas être trop près de la télévision. S'ils sont trop près de l'écran, le pédopsychiatre ne les voit plus par la caméra.

Chez les personnes âgées, c'est aussi très utile. Nous songeons même à développer des modèles « homebase » pour faire des évaluations et éviter les déplacements chez les personnes âgées. Il y a certains modèles qui existent, et je pense qu'au Canada ils ont commencé à utiliser ce modèle particulier.

Chez les personnes âgées, il y a parfois certaines limitations au niveau de l'audition. D'après mes lectures, les problèmes auditifs et sensoriels rendent parfois les choses un peu plus difficiles, mais généralement c'est très utile.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Êtes-vous confortable avec cette pratique? Et l'utilisez-vous souvent ?

**La Dre Charbonneau :** Oui, toutes les semaines, nous utilisons la visioconférence.

**Le sénateur Gill :** Docteur Charbonneau, je trouve que vous êtes une athlète physique et sans doute psychologique aussi, parce que ceux qui connaissent la Basse Côte-Nord, savent qu'elle est une région très vaste. Vous disiez tantôt, 1 000 kilomètres de côte, 600 kilomètres pour Schefferville et la ligne du Labrador, et à 1 000 kilomètres de Montréal, et à 800 kilomètres de Québec.



I know that you have contact with people all over the place. You work with anglophones and with francophones. You work with the Montagnais and the Innu. You also have Naskapi. How do you manage to deal with all of that?

**Senator Pépin:** She does not want to move. She wants to stay there.

**Senator Gill:** On top of all that! And as you were saying earlier: a lot of places do not have roads, so you can only access them by plane or boat, and in some cases, by plane or train, to get to Schefferville, for example. How do you manage it?

**Dr. Charbonneau:** I do the best I can. But I absolutely love the area. I have to say I have learned a great deal by working in the region. After five years of practising there, I went to one of the universities in Montreal to talk about my experience and the fact that we aren't trained to work in remote areas.

We encountered a number of clinical situations but had no experience handling them. So, we had to be very creative. That is when I was told to forget about the possibility of training in the region.

On the other hand, I'm very happy because for seven years now, we have been training residents and family physicians. We have a teaching unit on site.

**Senator Gill:** In Sept-  les itself?

**Dr. Charbonneau:** Yes, in Sept-  les at the Regional Centre, in the family medicine unit and the psychiatry department. It gives us a chance to demystify life in the regions and teaches people how different it is. We do not reproduce an academic model, obviously, and we are not there to tell them the same things or to give them the same kind of training. They are different practice settings.

I guess it is kind of a vocation for me and that is why I take such pleasure in being able to tell others about the kind of experiences that motivate me.

**Senator Gill:** Are you in contact with other regions of Quebec?

**Dr. Charbonneau:** Yes.

**Senator Gill:** But I imagine you are the only one with no roads in most cases.

**Dr. Charbonneau:** Yes.

**Senator Gill:** There is also the James Bay area.

**Dr. Charbonneau:** Yes. We have been involved in some very interesting training opportunities all across Quebec, with the Saguenay/Lac Saint-Jean area, the North Shore, and the Gaspé. Every two years, we have a regional psychiatry convention which is developed around assessments of requirements among family physicians and others working in the field.

Je sais que vous avez des contacts avec les gens d'un peu partout. Vous travaillez avec les anglophones, en plus des francophones. Vous avez les Montagnais, les Innus. Vous avez les Naskapis. Comment faites-vous pour transiger avec tout cela ?

**Le sénateur Pépin :** Elle ne veut pas déménager. Elle veut rester là.

**Le sénateur Gill :** En plus ! Et, comme vous le disiez tantôt : beaucoup d'endroits n'ont pas de route, alors vous devez prendre l'avion et le bateau, et dans certains cas l'avion et le train, pour Schefferville. Comment faites-vous ?

**La Dre Charbonneau :** Je fais mon possible. Mais, c'est un coin de pays que j'adore. Je dois dire que j'ai appris beaucoup par mon travail en région. Après cinq ans de pratique en région, je suis allée à une des universités à Montréal pour parler de mon expérience et du fait que nous n'étions pas formés pour travailler en région.

Nous avons rencontré plusieurs situations cliniques et nous n'avions aucune expérience. Donc, il nous fallait être très créatif. On m'a alors dit d'oublier la possibilité de formation en région.

Par contre, je suis très heureuse parce que depuis sept ans, maintenant, nous faisons de la formation aux résidents et aux médecins de famille. Nous avons une unité d'enseignement sur place.

**Le sénateur Gill :**    Sept-  les même ?

**La Dre Charbonneau :**    Sept-  les même, au Centre régional, en médecine familiale, à l'unité de médecine familiale et au département de psychiatrie. Cela permet de démystifier les régions et d'apprendre aux gens à quel point c'est différent. Nous ne reproduisons pas un modèle universitaire, c'est clair, et nous ne sommes pas là pour témoigner des mêmes choses, faire le même apprentissage. Ce sont des pratiques différentes.

Je pense que c'est mon côté vocation qui me procure le très grand plaisir de pouvoir transmettre à d'autres un peu de cette expérience qui me motive.

**Le sénateur Gill :** Avez-vous des contacts avec les autres régions du Québec ?

**La Dre Charbonneau :** Oui.

**Le sénateur Gill :** Mais, vous êtes la seule, quand même, sans routes, la plupart du temps.

**La Dre Charbonneau :** Oui.

**Le sénateur Gill :** Il y a la Baie-James aussi.

**La Dre Charbonneau :** Oui. Nous avons fait des expériences très intéressantes de formation dans tout l'est du Québec, avec le Saguenay/Lac Saint-Jean, la Côte-Nord, et la Gaspésie. Tous les deux ans, nous avons un congrès régional de psychiatrie qui est fait à partir d'évaluations des besoins des médecins de famille et des intervenants.

We build our convention around very specific training requirements in the regions, because training needs are very different from one area to the next. Sometimes we focus on legal issues, other times, it is pedopsychiatry. And we bring everyone together for these sessions.

There are even administrators, pharmacists, and social workers, but there are practically no psychiatrists, given that there are none in the area. However, there are family physicians. We bring all these people together and it is a way of building a network; that facilitates subsequent contact and patient management.

People learn to get to know each other. It is really all about communication. When that communication is there, it makes things much easier.

**Senator Gill:** If you were in our position, what recommendations would you make with respect to the regions? Because in the urban areas, there are already relatively effective organizations in place, compared to the rural areas. What would your take on this be? And what would you say in that regard? And what would your priorities be for improving your working conditions in the area of mental health, addiction treatment or suicide prevention?

**Dr. Charbonneau:** I would say that one of the major imperatives is funding for on-site multidisciplinary teams, for so-called frontline workers; 80 per cent of patients consult a responder or a family physician for mental health problems. And they are also the ones who have to detect the mental health problem or treat addictions.

As regards our Aboriginal clientele, what I see, first of all, is a very high rate of suicide, and Aboriginal responders have not received the proper training to be able to deal with these problems and provide an appropriate response.

So, I do think increased funding would help.

**Senator Gill:** Mr. Deputy Chairman, I still have a little bit of time left, say two minutes, do I not? In terms of the Aboriginal population, I imagine you do not have time to go down to the Lower North Shore every day.

**Dr. Charbonneau:** No.

**Senator Gill:** In terms of patients referred to you for mental illness or psychological disorders, do you see a significant difference between the remote Aboriginal communities, for example, Saint-Augustin or La Romaine, and more urban communities, such as Malinette?

**Dr. Charbonneau:** Directly in Sept-Îles, you mean?

**Senator Gill:** Yes, in Sept-Îles, or Washat.

**Dr. Charbonneau:** Yes. In terms of access to care, it is important that there be proper trained responders within the community so that they can respond in time. By the time patients come to us, it is often too late; the individual has already committed suicide. But no assistance was requested.

Nous bâtissons le congrès selon des besoins de formation très spécifiques aux régions, parce que les besoins de formation sont très différents d'une région à l'autre. Parfois, c'est l'aspect légal, d'autres fois c'est en pédopsychiatrie. Et, nous rassemblons tout le monde.

Il y a même des administrateurs, pharmaciens, travailleurs sociaux, mais il n'y a presque pas de psychiatres parce qu'il n'y en a pas dans la région. Par contre, il y a des médecins de famille. Nous rassemblons ces personnes et c'est une façon de tisser des liens ; ce qui favorise ultérieurement le contact et la prise en charge des patients.

Les gens apprennent à se connaître. C'est finalement tout le principe de la communication. Quand on a cela, ça facilite beaucoup.

**Le sénateur Gill :** Quelles recommandations feriez-vous concernant les régions, si vous étiez à notre place ? Parce que du côté des villes, il y a déjà des organisations relativement bonnes comparativement à celles des campagnes. Que diriez-vous ? Quelles seraient vos priorités pour améliorer vos conditions de travail en santé mentale, en toxicomanie ou en prévention du suicide ?

**La Dre Charbonneau :** Je vous dirais qu'un des impératifs majeurs est le financement pour les équipes multidisciplinaires sur place, les intervenants dits de première ligne ; 80 p. 100 des patients vont consulter un intervenant ou le médecin de famille pour des problèmes de santé mentale. Et, ce sont eux qui doivent dépister le problème de santé mentale ou intervenir en toxicomanie.

En ce qui concerne la clientèle autochtone, ce que je constate, c'est d'abord un taux très élevé de suicides, et les intervenants autochtones n'ont pas la formation pour y faire face et intervenir.

Je pense donc qu'une augmentation du financement aiderait.

**Le sénateur Gill :** Monsieur le vice-président, j'ai encore un petit peu de temps, deux minutes ? Au sujet des Autochtones, probablement que vous n'avez pas le temps d'aller sur la Basse Côte-Nord tous les jours.

**La Dre Charbonneau :** Non.

**Le sénateur Gill :** En ce qui concerne les patients qui vous sont référés pour maladies mentales ou qui ont des problèmes de désordres psychologiques, voyez-vous une différence importante entre les communautés autochtones éloignées, par exemple, Saint-Augustin ou La Romaine et celles qui sont plus urbaines, par exemple, à Malinette ?

**La Dre Charbonneau :** Comme à Sept-Îles directement ?

**Le sénateur Gill :** Oui, comme à Sept-Îles, Washat ?

**La Dre Charbonneau :** Oui. Au niveau de l'accès aux soins, c'est important qu'il y ait, dans le milieu, des intervenants bien formés, afin qu'ils puissent intervenir à temps. Quand les patients arrivent à nos soins, il est souvent trop tard, le suicide a déjà eu lieu. Ils n'ont pas demandé de l'aide.



We know that when people are over 60 miles away, they tend not to want to travel to receive treatment. All the more reason to provide proper training to responders in the communities so that they can get in touch with us and be a reference point.

**Senator Gill:** Yes, but is the community able to care for individuals who are mentally imbalanced? Do remote communities have more options on site, which would mean that you would see fewer patients, compared to the major urban centres?

**Dr. Charbonneau:** It is very difficult. From what I can see, it is a very tricky situation. Once they have received psychiatric care, when they return to their community, they are pretty severely ostracized. Reintegration is difficult. So, we have to be very careful in terms of our response.

**Senator Gill:** I understand. But there are Aboriginal physicians, you know. There is Dr. Stanley Vollant who is practising in Chicoutimi now, but who belongs to the Betsiamites band.

**Dr. Charbonneau:** Yes.

**Senator Gill:** There is also Johanne Philippe, from my community, which is Mashteviatsh. Do you have any contact with these Aboriginal physicians, even though they are not psychiatrists?

**Dr. Charbonneau:** Yes.

**Senator Gill:** You do have contact with them occasionally?

**Dr. Charbonneau:** I have had contact with them, but not on a professional level. I know these individuals well.

**Senator Gill:** I see. But not on a professional level?

**Dr. Charbonneau:** No.

**Senator Gill:** I mention this in connection to possible collaboration in terms of treatment to be provided in the communities.

[English]

**Senator Callbeck:** I come from a small province, a rural area.

**The Deputy Chairman:** If I may interrupt, Senator Callbeck comes from a small province, but she owned it. She was the Premier and a Minister of Health.

**Senator Callbeck:** Thank you, Mr. Chairman.

I wanted to ask you about telepsychiatry. When you talked about the pluses, you said it is not costly. Now, the last time I brought this up in another province, they said the opposite, that it was extremely costly. You do not feel it is?

On sait qu'à plus de 60 milles de distance, les gens n'ont pas tendance à se déplacer et consulter. Donc, raison de plus pour vraiment bien former les intervenants dans le milieu pour qu'ils puissent nous contacter et être le point de référence.

**Le sénateur Gill :** Oui, mais est-ce que la communauté est en mesure de prendre soin des personnes qui sont atteintes d'un déséquilibre mental ? Est-ce que les populations éloignées ont plus de possibilités à l'intérieur de leur propre communauté, ce qui ferait en sorte que vous voyez moins de patients, comparativement aux grands centres ?

**La Dre Charbonneau :** C'est très difficile. Moi, ce que je vois, c'est très délicat. Quand ils ont reçu des soins en psychiatrie, ils reviennent dans leur milieu et ils vivent un ostracisme assez important. La réintégration est difficile. Donc, il faut faire bien attention quand on intervient.

**Le sénateur Gill :** D'accord. Il y a des médecins autochtones, vous savez. Il y a le Dr Stanley Vollant qui est à Chicoutimi maintenant, mais qui vient de Betsiamites.

**La Dre Charbonneau :** Oui.

**Le sénateur Gill :** Il y a Johanne Philippe qui vient de ma communauté, soit Mashteviatsh. Est-ce que vous avez des contacts avec ces médecins autochtones, même s'ils ne sont pas psychiatres ?

**La Dre Charbonneau :** Oui.

**Le sénateur Gill :** Est-ce que vous avez des contacts à l'occasion?

**La Dre Charbonneau :** J'ai eu des contacts mais pas des contacts professionnels. Je connais bien ces personnes.

**Le sénateur Gill :** Oui, d'accord. Mais pas professionnellement?

**La Dre Charbonneau :** Non.

**Le sénateur Gill :** Je mentionne cela relativement à la collaboration pour les soins à donner aux communautés.

[Traduction]

**Le sénateur Callbeck :** Je viens d'une petite province et d'un milieu rural.

**Le vice-président :** Permettez-moi d'intervenir pour vous signaler que le sénateur Callbeck vient peut-être d'une petite province, mais c'est elle qui la dirigeait. Elle a été premier ministre de la province et ministre de la Santé.

**Le sénateur Callbeck :** Merci, monsieur le président.

Je voulais vous parler de télépsychiatrie. En signalant les avantages d'un tel service, vous nous avez mentionné que cela ne coûte pas cher. La dernière fois que j'en ai parlé dans une autre province, on m'a dit tout à fait le contraire : que ce service coûte très cher. Mais vous n'êtes pas de cet avis?

*[Translation]*

**Dr. Charbonneau:** I believe the initial investment is inadequate, especially when it comes to introducing certain bandwidths in specific places, which can require an investment of several million dollars.

On the other hand, studies do show that when the costs are shared among different specializations, that greatly reduces the initial outlay. In the remote areas, we calculated how much it would cost to transfer patients by plane with an escort, dangerous patients, to wait for that patient, and return the next day, and we determined that it costs far less, when the equipment is in place, to use telepsychiatry.

Initially, the cost may be very high — say for the first two or three years. But after three years of use, you start seeing the cost effectiveness of this method. A number of authors have done cost analyses of this type of service.

**Senator Gill:** Just one question, if I may.

**Senator Callbeck:** Go ahead.

**Senator Gill:** Drs. Nasmith and Kennedy, this morning we heard from Dr. Hoffman of McGill University, who told us that there are ten or more psychiatrists providing care to students and other individuals at McGill University.

Considering how few psychiatrists there are in outlying regions and in other institutions, I would be interested in knowing what it's like in your facility? Are you as spoiled as Dr. Hoffman? And if so, how do you go about sharing the services with others? We have heard all kinds of stories, in St. John's, Newfoundland, and all across the country, and there really is a serious problem in Canada because of the shortage of psychiatrists.

*[English]*

**Dr. Kennedy:** I think you are speaking about the uneven distribution, and I suppose the telemedicine is one aspect. In Toronto we now have a number of links in our outreach programs, and of course with a new medical school in Northern Ontario, there are more local students being trained. There is a distribution. Many psychiatrists at my hospital spend one to two weeks every two months in Northern Ontario. They love it, they take residents, they teach, and in fact, many will say it is the variety in their year that keeps them going in doing some of the more day-to-day work in the hospital. I think that is a positive thing.

I have learned from this discussion; I was impressed by some of the discussions around the telemedicine psychotherapy, and I think that we could be doing more of these communications now with Internet technology.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much, all three of you. This has been a wonderful session.

*[Français]*

**La Dre Charbonneau :** Je pense que l'investissement initial est insuffisant, surtout quand on parle, par exemple, de l'implantation de certaines bandes passantes à certains endroits, ce qui peut demander plusieurs millions d'investissement.

Par contre, les études démontrent que si on partage les frais entre différentes spécialités, cela diminuerait beaucoup les frais initiaux. Pour les régions éloignées, nous avons fait le calcul de ce que coûte le transfert des patients en avion avec une escorte, les patients dangereux, d'attendre le patient, de revenir le lendemain, et c'est beaucoup moins dispendieux, lorsque l'équipement est en place, soit d'utiliser la télépsychiatrie.

Initialement cela peut coûter très cher, les deux, trois premières années. Mais, nous pouvons commencer à voir une certaine rentabilité après trois ans d'utilisation. Il y a plusieurs auteurs qui ont fait des études de coûts à ce sujet.

**Le sénateur Gill :** Juste une question si vous me le permettez.

**Le sénateur Callbeck :** D'accord.

**Le sénateur Gill :** Docteurs Nasmith et Kennedy, et ce matin, nous avons entendu le Dr Hoffman de l'Université McGill qui nous disait qu'il y avait une dizaine de psychiatres à l'Université McGill pour donner des soins aux étudiants et autres.

Étant donné la rareté des psychiatres en région et dans d'autres institutions, comment est-ce, chez vous ? Est-ce que vous êtes aussi gâtés que le Dr Hoffman ? Si oui, alors comment faire pour partager les services avec les autres ? Nous en avons entendu de toutes sortes, à St. John's, Terre-Neuve, et partout, il y a vraiment un grave problème imputable au manque de psychiatres.

*[Traduction]*

**Le Dr Kennedy :** À mon avis, vous parlez surtout du problème de la distribution inégale des psychiatres, et la télé médecine est l'un des éléments, je suppose. À Toronto, nous avons créé de nombreuses passerelles dans le cadre de nos programmes de relations externes, et bien sûr, avec la nouvelle école de médecine dans le nord de l'Ontario, plus d'étudiants locaux sont formés. Donc, les services sont tout de même bien distribués. De nombreux psychiatres travaillant à mon hôpital passent entre une et deux semaines tous les deux mois dans le nord de l'Ontario. Ils adorent ça, ils amènent avec eux des médecins résidents, ils enseignent, et bon nombre d'entre eux vous diraient que c'est la possibilité de varier leurs occupations au cours de l'année qui leur permet de continuer à accomplir le travail un peu plus routinier en milieu hospitalier. Pour moi, c'est quelque chose de positif.

J'ai appris des choses grâce à notre discussion; j'ai été impressionné par les observations faites au sujet de la télépsychothérapie, et je pense que nous pourrions effectivement nous servir davantage des technologies Internet pour assurer les services à l'aide de ces moyens de communications.

**Le vice-président :** Je voudrais vous remercier tous les trois pour votre présence. Cette séance a été extrêmement enrichissante.



Senators, our next witness will be Valérie Gideon from the Assembly of First Nations.

**Dr. Valérie Gideon, Director of Health and Social Development, Assembly of First Nations:** Good afternoon, and thank you very much for the opportunity to speak with you today. My name is Dr. Valérie Gideon and I am the Director of Health and Social Development at the Assembly of First Nations in Ottawa.

This is the first opportunity for the Assembly of First Nations to address the committee on the mental health issue and your interim report, so I appreciate this very much. Since it was rather short notice for us, I will be referring to my notes, although I do like to be more spontaneous at times.

Coincidentally, today is National Aboriginal Day, and I would like to wish my colleagues in the room who are of Aboriginal descent a happy day. Although we should all be off enjoying ourselves, we are here because we are dedicated and working hard for the interests of our people.

Back in Ottawa yesterday, a group of Youth Suicide Prevention Walkers, First Nations, Metis and Inuit, arrived from their annual walk. They walked from Duncan, British Columbia, to Ottawa, and met with the Minister of Health yesterday to relate their personal stories and their courageous journey to bring national attention to the alarming suicide rate among First Nations and Aboriginal peoples, which is, as you know, up to six times higher than the national average.

They were quite pleased, however, this year, to find out that there has been a new investment of \$65 million to develop a national Aboriginal youth suicide prevention strategy, but certainly they are also aware that that would not be sufficient to address the needs of all First Nations and Aboriginal peoples.

For example, this past March, an eight-year-old boy from the Gods Lake First Nation in Manitoba committed suicide by hanging himself, and his 11-year-old brother had committed suicide three years earlier. I am sure you would agree with me that children this young should not know what suicide is, let alone contemplate it.

Some mental health experts have diagnosed First Nations as suffering from low-grade levels of post-traumatic stress disorder as a result of living in poverty and despair. Without a doubt, First Nations are among those who we believe would benefit most from a national action plan for mental health.

Your interim report references many times, and I am quoting:

Sénateurs, nous accueillons maintenant Valérie Gideon de l'Assemblée des Premières nations.

**Mme Valérie Gideon, directrice des Services de santé et du développement social, Assemblée des Premières nations :** Bonjour et merci de l'occasion qui m'est donnée cet après-midi de vous adresser la parole. Je suis la Dre Valérie Gideon et je suis directrice des Services de santé et du développement social à l'Assemblée des Premières nations à Ottawa.

Aujourd'hui marque la première fois que l'Assemblée des Premières nations a l'occasion de se présenter devant le comité pour parler de la santé mentale et de votre rapport d'étape, et je voudrais donc vous en remercier. Comme nous avons reçu très peu de préavis, je vais devoir m'appuyer sur mes notes, même si je préfère par moments être plus spontanée.

Par simple coïncidence, aujourd'hui est la Journée nationale des Autochtones, et je voudrais donc souhaiter bonne fête à tous mes collègues ici dans la salle qui sont d'origine autochtone. Même si nous devrions tous être ailleurs en train de faire la fête, si nous sommes ici c'est parce que nous sommes des gens dévoués qui ont vraiment à coeur les intérêts de notre peuple.

À Ottawa hier, un groupe de Marcheurs pour la prévention du suicide chez les jeunes comptant des membres de Premières nations, des Métis, et des Inuits, est arrivé dans la capitale, marquant la fin de leur marche annuelle. Leur marche a débuté à Duncan, en Colombie-Britannique, et ils sont venus à Ottawa pour rencontrer le ministre de la Santé hier afin de lui raconter leur histoire personnelle et lui parler de leur périple courageux en vue d'attirer l'attention des citoyens du pays sur le taux de suicide tout à fait alarmant chez les membres des Premières nations et parmi les peuples autochtones en général car, comme vous le savez, ce taux est six fois plus élevé que la moyenne nationale.

Cette année, toutefois, ils ont été très heureux d'apprendre que de l'argent frais, soit la somme de 65 millions de dollars, sera investie en vue d'élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones, même s'ils sont bien conscients du fait que cet investissement ne sera pas suffisant pour répondre aux besoins de tous les membres des Premières nations et de tous les peuples autochtones.

Par exemple, en mars dernier, un garçon de huit ans de la Première nation du lac Gods au Manitoba s'est pendu, et son frère de 11 ans s'était suicidé trois années auparavant. Je suis sûr que vous conviendrez avec moi que des enfants de cet âge-là ne devraient même pas savoir ce qu'est le suicide, et encore moins envisager de se suicider.

Certains spécialistes de la santé mentale ont déterminé que les membres des Premières nations souffrent, à un degré moindre, du syndrome de stress post-traumatique du fait de vivre dans la pauvreté et d'être réduits au désespoir. Il ne fait aucun doute que les membres des Premières nations sont, à notre avis, parmi ceux qui profiteraient le plus d'un plan d'action national sur la santé mentale.

Vous parlez à plusieurs reprises dans votre rapport d'étape du fait — et là je vous cite :

...that a national action plan for mental health, mental illness and addiction can only be developed out of the collaboration among federal government, provincial and territorial jurisdictions, NGOs and other stakeholders, together with individuals with mental illness/addictions.

On this note, the AFN wishes to highlight that First Nations constitute a unique and another level of jurisdiction that must be recognized in light of our historical relationship with the Crown, as recently recognized in the political accord signed between the Government of Canada and our national chief at the May 31 cabinet policy retreat.

The AFN is concerned about the suggestion that harmonization of federal mental health-related funding with that of provinces and territories would be the most effective solution. In your report you state:

Finally, some provinces have integrated Aboriginal issues with their province-wide mental health strategies. In those circumstances, federal programs for Aboriginal mental health on or off reserve should be harmonized with the provincial mental health plans and implementation strategies.

It is our opinion that this could be misconstrued as an off-loading of federal responsibility, certainly something that has often been communicated to us by our regions and our communities. This is especially alarming in the absence of a comprehensive federal program for First Nations mental wellness.

We certainly concur with your findings that limitations on non-insured health benefits and fragmented programming do little to systematically address the needs of First Nations individuals and communities.

We have recently completed action plans in the areas of non-insured health benefits, continuing care and health research information, of which I have provided copies this afternoon. These are action plans that we have been preparing for the first ministers' meeting in November of 2005.

While integration and harmonization are important, this cannot be done in the absence of a comprehensive mental wellness program for First Nations both on and off reserve. Provincial and territorial governments are already responsible for providing mental health services off reserve to First Nations, as you have pointed out.

[...]qu'un plan d'action national en matière de santé mentale doit être le fruit d'une collaboration faisant intervenir le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires, les ONG et les autres organisations concernées, de même que les malades eux-mêmes.

À cet égard, l'APN voudrait attirer votre attention sur le fait que les Premières nations correspondent à un niveau de juridiction autre qui est tout à fait unique et qu'il faut reconnaître, vu nos relations historiques avec la Couronne, comme en témoigne l'accord politique récemment signé par le gouvernement du Canada et notre chef national à la retraite du Cabinet le 31 mai.

L'APN trouve inquiétant l'idée selon laquelle l'harmonisation des programmes fédéraux de santé mentale et les crédits qui permettent de les financer et des régimes provinciaux et territoriaux constituent la meilleure solution. Dans votre rapport, vous dites ceci :

Quatrièmement, certaines provinces ont établi leur stratégie universelle pour la santé mentale en tenant compte des besoins des Autochtones. Dans les provinces où tel est le cas, les programmes fédéraux de santé mentale destinés aux Autochtones vivant dans les réserves ou en dehors devraient être harmonisés avec les régimes provinciaux pour la santé mentale et leurs stratégies d'application.

À notre avis, cela pourrait être interprété comme une tentative de déchargement des responsabilités fédérales sur d'autres administrations, quelque chose contre laquelle nous avons souvent été mis en garde par les membres vivant dans les différentes régions et les différentes collectivités. Cette possibilité est d'autant plus alarmante vu l'absence d'un programme fédéral complet pour le bien-être mental des membres des Premières nations.

Nous sommes certainement d'accord avec vos conclusions relativement au fait que les restrictions découlant du nombre de services et de soins non assurés et à la fragmentation des programmes ne contribuent guère à garantir que les besoins des membres des Premières nations sont satisfaits.

Nous avons récemment élaboré des plans d'action sur les services et soins de santé non assurés, les soins de longue durée et l'information sur les recherches en santé, dont je vous ai fourni des copies cet après-midi. Il s'agit de plans d'action que nous préparons en prévision de la réunion des premiers ministres de novembre 2005.

Bien que l'intégration et l'harmonisation soient importantes, elles ne peuvent se réaliser en l'absence d'un programme complet de mieux-être mental pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves et en dehors. Les administrations provinciales et territoriales sont déjà chargées d'assurer les services de santé mentale aux membres des Premières nations vivant en dehors de la réserve, comme vous l'avez signalé à juste titre.



If we take as an example the largest jurisdiction, Ontario, we must underline that the Centre for Mental Health and Addictions, which receives the bulk of funding from the province, does very little to adapt and extend its services to First Nations.

The Royal Commission on Aboriginal Peoples and the Romanow commission have pointed to the need for more targeted and consolidated funding for First Nations health, and more specifically, the royal commission proposed a system of healing centres and lodges under First Nations' control to bridge jurisdictions and individual ministries, and to pool health and social resources from all sources — this idea of block funding. However, the AFN maintains that such efforts will only be acceptable and effective under First Nations' control.

The majority of First Nations governments currently deliver health services to their members both on and off reserve, and this has been underlined in a September 2004 joint communiqué signed by all Aboriginal leaders and all first ministers. The communiqué also highlighted the importance of clarifying roles and responsibilities across all levels of government. Hence, the increased transfer of dollars to First Nations communities to develop and maintain their own mental health services with strategic linkages to provincial and territorial jurisdictions would be more aligned with recognition of the nation-to-nation relationship and First Nations jurisdiction in health.

Furthermore, health research has demonstrated a clear link between self-determination and cultural continuity and improved health outcomes, and you noted that as well in your reference to Chandler and Lalonde.

Unless First Nations have a sense of ownership and control over a comprehensive mental wellness program, any new investment or initiative would be working against itself.

We also recommend that your report take note of the collaborative mental health framework developed by the AFN, the Inuit Tapiriit Kanatami and Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch in 2002, where we defined mental wellness as:

a lifelong journey to achieve wellness and balance of body, mind and spirit. Mental wellness includes self-esteem, personal dignity, cultural identity, and connectedness in the presence of a harmonious physical, emotional, mental

Si nous prenons l'exemple de la plus grande administration, soit l'Ontario, il convient de souligner que le Centre de santé mentale et de toxicomanie qui reçoit la plus grosse partie des crédits provinciaux, ne s'efforce guère d'adapter ses services aux besoins des membres des Premières nations ni de desservir cette population.

La Commission royale sur les peuples autochtones et la Commission Romanow ont toutes deux insisté sur le besoin de financement consolidé et mieux ciblé pour les programmes de santé destinés aux membres des Premières nations, et la Commission royale a d'ailleurs proposé que l'on crée un réseau de centres et de pavillons de ressourcement relevant de la responsabilité des Premières nations afin d'établir des passerelles entre les différentes administrations et les ministères individuels, de sorte que les ressources consacrées aux programmes de santé et sociaux puissent être regroupées — c'était l'idée du financement global. Cependant, l'APN maintient que de tels efforts ne seront acceptables et efficaces que s'ils sont déployés sous l'égide des Premières nations.

La majorité des gouvernements autochtones assurent actuellement des services de santé à leurs membres vivant dans la réserve et en dehors, fait qui a été souligné dans un communiqué signé conjointement en septembre 2004 par tous les chefs autochtones et tous les premiers ministres du Canada. Ce communiqué fait également ressortir l'importance d'une définition claire des rôles et responsabilités de tous les paliers de gouvernement. Ainsi des transferts accrus aux collectivités autochtones pour leur permettre d'élaborer leurs propres services de santé mentale, avec des liaisons stratégiques avec les programmes provinciaux et territoriaux, reconnaîtraient de façon plus explicite la relation de nation à nation et le pouvoir qui revient aux Premières nations d'administrer leurs services de santé.

De plus, les études ont démontré un lien très clair entre l'autodétermination, la continuité culturelle et l'amélioration des résultats en matière de santé, et vous en avez aussi noté ce lien en évoquant le travail fait par Chandler et Lalonde.

À moins que les Premières nations n'aient l'impression de diriger et de contrôler un programme complet de mieux-être mental, tout nouvel investissement ou toute nouvelle initiative dans ce domaine serait nécessairement contre-productif.

Nous recommandons également que vous notiez dans votre rapport le cadre coopératif pour la santé mentale élaboré par l'APN, l'Inuit Tapiriit Kanatami et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada en 2002, cadre dans lequel nous définissons le mieux-être mental comme étant;

le parcours de toute une vie en vue d'atteindre un état de mieux-être et d'équilibre du corps et de l'esprit. Le mieux-être mental comprend l'estime de soi, la dignité personnelle, l'identité culturelle, et un sentiment

and spiritual wellness. Mental wellness must be defined in terms of the values and beliefs of Inuit and First Nations people.

I have also shared copies of that framework with you.

It is our position that any development of a Canada-wide mental health or wellness strategy must reflect the integrity of this work, which was passed by a resolution of our chiefs in assembly in 2001 and was quite a high-profile initiative for First Nations leadership.

An additional concern that I wish to relay from our analysis of your report is that it would be important to take into account relevant findings of the First Nations Regional Longitudinal Health Survey, the first phase of which was completed in 1999 and the second phase just recently. National reports will be made available in the fall. There is a lot of rich information about First Nations adults, children and youth living on reserve in that survey.

Reference would also need to be made to the valuable work undertaken by the National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization, the National Native Addictions Partnership Foundation, and, of course, the Aboriginal Healing Foundation — represented here today — particularly their work related to training, capacity building and best practices.

In terms of the pieces in the report on research and ethical considerations, it would also be important to capture the valuable work that we have completed with our First Nations Information Governance Committee and the National Aboriginal Health Organization's First Nations Centre with respect to the principles of ownership, control, access and possession — or OCAP — of First Nations data and information.

We have also completed, as I noted, an action plan on First Nations health research and information that gives you a sense of our positions with respect to undertaking collaborative research, public health surveillance and other types of information management activities. We also highlight our interests in the area of telehealth and electronic health records, particularly in our development of a client registry, and in the area of tele-mental health, a key project undertaken by Keewatinook Okimakanak, our K-Net in the Sioux Lookout Zone. I am not sure if you have heard from those people yet.

I wanted to also indicate that we have been excluded from several pan-Canadian developments of late, including the Healthy

d'appartenance, et ce en présence d'un état d'harmonie et de mieux-être physique, affectif, mental et spirituel. Le mieux-être mental doit être défini en fonction des valeurs et des croyances des Inuits et des membres des Premières nations.

Je vous ai également remis des copies du document qui présente ce cadre.

Nous sommes d'avis que l'élaboration de toute nouvelle stratégie nationale sur la santé mentale ou le mieux-être mental doit refléter l'intégrité de ce travail, qui constituait une initiative très importante pour les dirigeants des Premières nations et que ces derniers ont cautionné en adoptant une résolution en ce sens à l'assemblée de 2001.

Une autre préoccupation découlant de notre analyse de votre rapport que je souhaite vous communiquer concerne la nécessité de tenir compte des conclusions pertinentes de l'enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations, dont la première phase a pris fin en 1999, et la deuxième, tout récemment. Des rapports nationaux seront publiés à l'automne. Cette enquête a permis de recueillir des informations très intéressantes et pertinentes au sujet des adultes, des enfants et des jeunes vivant dans les réserves autochtones.

Il conviendrait également d'évoquer le travail très précieux accompli par l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et, bien entendu, la Fondation autochtone de guérison — dont les représentants sont parmi nous aujourd'hui — notamment en ce qui concerne leurs efforts dans le domaine de la formation, du renforcement des capacités, et des pratiques exemplaires.

Pour ce qui est des sections du rapport qui touchent la recherche et les considérations déontologiques, il serait également important de tenir compte du travail très valable réalisé par le Comité d'information sur la gouvernance des Premières nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone relativement aux principes PCAP, soit propriété, contrôle, accès et possession — qui doivent s'appliquer aux données et aux informations sur les Premières nations.

Comme je vous l'ai déjà indiqué, nous avons également élaboré un plan d'action sur la recherche et l'information sur la santé des Premières nations qui vous donne une idée de notre position relativement à la recherche coopérative, la surveillance de la santé publique et d'autres types d'activités de gestion de l'information. Nous y soulignons également l'intérêt que nous portons à diverses questions telles que la télésanté et le dossier de santé électronique, et notamment l'élaboration d'un registre de clients, et à la possibilité d'un service de télésanté mentale, étant donné l'important projet mené par Keewatinook Okimakanak qui a permis de créer ce qu'on appelle le K-Net dans la zone de Sioux Lookout. Je ne sais pas si vous avez déjà reçu les témoignages des représentants de ce service.

Je voulais également vous dire que nous avons été exclus de plusieurs initiatives pancanadiennes ces derniers temps, y compris



Living Strategy, the Healthy Schools Initiative and the Catastrophic Drug Coverage, all initiatives you mentioned in your report.

I think Gail will mention the number of First Nations who have been impacted by or diagnosed with fetal alcohol syndrome and mental illness, and the lack of facilities and limited funding available to First Nations communities to respond to the specialized needs of those children.

Continuing care is a key area, and I have shared with you our action plan for continuing care, in which we estimate that an additional investment of \$264 million per year would be required to address the gaps. Of course, some of the unmet needs are for residential care and residential facilities for First Nations impacted by mental disorders, and I am sure that Jules will be sharing a story with you relating to Quebec's experiences in this regard.

In terms of the report's discussion of the effects of stigma and discrimination on those who are experiencing mental health and addictions, I believe it would be important for the report to outline the exacerbating impacts of colonization, such as Indian residential schools and racism, on First Nations. Again, I am glad that Gail is here, because I am sure she will be talking about the Aboriginal Healing Foundation's wonderful work in that area.

The lower levels of research funding, particularly to support community-based First Nations research, lessens opportunities for knowledge translation of First Nations mental health, leaving both the medical community and program administrators in the dark with respect to the cultural relevance and competence of research and resulting programs.

In terms of accountability and fragmented federal funding and programming, I wish to point to the newly formed First Nations and Inuit Mental Wellness Advisory Committee, which represents an opportunity to develop a comprehensive First Nations and Inuit wellness strategy as a collaborative effort between Health Canada, the AFN and the Inuit Tapiriit Kanatami.

In looking at my notes, I want to emphasize again the need to include us at the outset in the development of any pan-Canadian or national strategy in this area, particularly since we have been excluded, as I have noted earlier, from any component relating to Aboriginal peoples for the Healthy Living, Healthy Schools and Catastrophic Drug Coverage initiatives. This has been a major gap, and our advocacy efforts with the Public Health Agency of

la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, l'initiative « Écoles en santé » et le projet de couverture des médicaments onéreux, soit les initiatives que vous avez mentionnées dans votre rapport.

Je pense que Gail vous parlera tout à l'heure du nombre de Premières nations qui ont été touchées par le syndrome d'alcoolisation foétale ou chez qui ce problème a été diagnostiqué, et du manque de ressources et de crédits qui permettraient aux collectivités autochtones de répondre aux besoins spécialisés d'enfants atteints de ce syndrome.

Les soins de longue durée sont également critiques, et je vous ai déjà communiqué notre plan d'action dans ce domaine, plan d'action qui part du principe que, selon nos estimations, un investissement additionnel de 264 millions de dollars par an est nécessaire pour combler les lacunes actuelles. Bien sûr, certains des besoins non satisfaits concernent la nécessité d'assurer des soins en établissement et de prévoir des établissements qui puissent traiter les membres des Premières nations atteints de troubles mentaux, et je suis sûre que Jules voudra vous parler des expériences du Québec à cet égard.

S'agissant des observations du rapport sur l'incidence de la stigmatisation et de la discrimination sur les personnes atteintes de maladies mentales et souffrant de toxicomanie, je pense qu'il est important que votre rapport fasse état des effets aggravants de la colonisation, tels que les pensionnats indiens et le racisme, sur les membres des Premières nations. Encore une fois, je suis très contente que Gail soit parmi nous, parce que je suis sûre qu'elle voudra vous parler de l'excellent travail réalisé dans ce domaine par la Fondation autochtone de guérison.

Les plus faibles niveaux de financement de la recherche, notamment pour soutenir les recherches menées dans les collectivités autochtones, réduisent les possibilités d'application des connaissances relativement à la santé mentale des Premières nations, ce qui signifie que le milieu médical et les administrateurs de programmes ne disposent pas d'information sur la pertinence culturelle et l'efficacité des études qui sont menées ni des programmes qui en découlent.

S'agissant de responsabilisation et de fragmentation des crédits et des programmes fédéraux, je voudrais vous signaler l'existence du Comité consultatif sur le mieux-être mental des membres des Premières nations et des Inuits nouvellement formé, qui présente l'occasion d'élaborer une stratégie complète sur le mieux-être des Premières nations et des Inuits grâce à une collaboration entre Santé Canada, l'APN et l'Inuit Tapiriit Kanatami.

Je regarde encore une fois mes notes, et je me permets d'insister une fois de plus sur la nécessité de nous inclure dès le départ quand il est question d'élaborer une stratégie pancanadienne ou nationale dans ce domaine, étant donné que, comme je vous l'expliquais tout à l'heure, nous avons été exclus — comme il n'y a pas de composante visant directement les peuples autochtones — de la Stratégie intégrée en matière de modes de vie sains, de

Canada to be included in those initiatives not been successful, despite support from the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada.

Therefore, we are looking for your support in recognizing the need for a joint action plan and wellness strategy between federal and First Nations leadership that would immediately address this crisis in a collaborative, comprehensive and culturally relevant manner. We see as critical to the success of such a strategy the renewal of the Aboriginal Healing Foundation, whose momentous work over the past several years will be leveraged to expand and sustain community healing projects.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much, Valérie. I will come back to the national strategies, because I do realize that they are a problem and we do not quite understand the mechanisms to make them fit. However, we will first hear from the rest of the panel.

**Dr. Gail Valaskakis, Director of Research, Aboriginal Healing Foundation:** Good afternoon. I am a former professor and dean at Concordia University. It may be of interest that I sit also as Co-Director of the Network for Aboriginal Mental Health Research and as a member of the advisory board of the Institute of Aboriginal Peoples' Health. I am Director of Research at the Aboriginal Healing Foundation. I am grateful for this opportunity to speak this afternoon, to say a few words about the foundation's work and what we have learned in the process of that work.

The Aboriginal Healing Foundation, you will remember, was established in 1998 in response to RCAP and the statement of reconciliation made by Jane Stewart, then Minister of Indian Affairs. It was established with a 10-year mandate, one year to set up, four years to allocate, on a multi-year level, \$350 million, plus interest, five years to evaluate the effectiveness of that project, and close.

We are now in the seventh year. The funding will end in 2007 and we will close in 2008 under the current mandate.

The Aboriginal Healing Foundation was established to address issues of physical and sexual abuse related to residential schools. As you know, those are greatly related to trauma and to mental health in Aboriginal people. It has to do with the loss that people who attended residential schools suffered in regard to language, to culture, to family, to nation, and with the impact that had on Aboriginal communities with respect to a cycle of abuse over a long period of time; in regard to the lack of parenting skills that

l'initiative « Écoles en santé » et du Régime de couverture des médicaments onéreux. Cela représente une grave lacune, et les efforts que nous avons déployés auprès de l'Agence de santé publique du Canada pour être inclus dans ces initiatives n'ont rien donné, malgré l'appui de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Par conséquent, nous sollicitons votre appui pour reconnaître la nécessité pour les dirigeants fédéraux et autochtones d'élaborer un plan d'action et stratégie de mieux-être conjoint qui permettrait de prévoir des mesures d'intervention immédiate qui soient coopératives, complètes et culturellement pertinentes. Pour assurer le succès d'une telle stratégie, il sera critique, à notre avis, de renouveler le mandat de la Fondation autochtone de guérison, dont le travail de grande envergure réalisé au cours des dernières années pourra être mis à contribution en vue d'élargir et de maintenir les projets de ressourcement communautaires.

**Le vice-président :** Merci beaucoup, Valérie. Je vais revenir tout à l'heure sur la question des stratégies nationales, parce que je me rends bien compte qu'elles posent problème, même si nous ne savons pas très bien pour le moment quels mécanismes sont nécessaires pour les adapter à vos besoins. D'abord, nous entendrons les exposés des autres témoins.

**La docteure Gail Valaskakis, directrice de la Recherche, Fondation autochtone de guérison :** Bonjour. Je suis ex-professeure et ex-doyenne de l'Université Concordia. Cela vous intéressera peut-être de savoir que je suis également codirectrice du Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones et membre du Conseil consultatif de l'Institut de la santé des Autochtones. Je suis directrice de la Recherche à la Fondation autochtone de guérison. Je vous suis reconnaissante de l'occasion que vous me donnez cet après-midi de vous parler brièvement du travail de la Fondation et de ce que nous avons appris grâce à ce travail.

Vous vous souviendrez certainement que la Fondation autochtone de guérison a été créée en 1998 par suite des recommandations de la CRPA et de la Déclaration de réconciliation faite par Jane Stewart qui était alors ministre des Affaires indiennes. Au moment de sa création, on a conféré à la Fondation un mandat de 10 ans, soit un an pour créer sa structure, quatre ans pour affecter, sur une base pluriannuelle, les 350 millions de dollars, plus intérêt, qu'on lui avait affectés, et cinq ans pour évaluer l'efficacité du projet qui doit normalement prendre fin à ce moment-là.

Nous sommes maintenant dans notre septième année d'existence. Notre financement prendra fin en 2007 et, aux termes de notre mandat actuel, la Fondation cessera d'exister en 2008.

La Fondation autochtone de guérison a été mise sur pied pour s'attaquer aux problèmes découlant de la violence physique et sexuelle qu'ont subie ceux et celles qui ont vécu dans les pensionnats. Comme vous le savez, les problèmes en question sont liés en grande partie aux traumatismes qu'ils ont subis et à la santé mentale des Autochtones. Ils concernent les pertes subies par ceux qui ont fréquenté les pensionnats en ce qui concerne leur langue, leur culture, leur famille, leur nation autochtone, et



related to their experience in residential schools and historical trauma — something we have learned a great deal about lately — with regard to the grief and loss that Aboriginal people have felt over many years of displacement, loss of culture, loss of language and death in their own communities.

It was established as the first national Aboriginal organization, with 17 board members who represent the five national organizations, as well as Inuit, Metis and First Nations; it includes the national women's group, status and non-status; it includes two government organizations, INAC and Health Canada, both of whom are represented by Aboriginal members of the board. It is the first organization to work on a community-based, holistic healing project on a national level that is Aboriginal initiated and implemented, and that has had an impact in regard to Aboriginal peoples' mental health.

To date, the Aboriginal Healing Foundation has invested \$437 million in community-based projects, ranging in type from awareness and prevention to actual healing services, including long-term healing services in residential treatment in trauma centres and programs for addiction.

We have given out about 1,339 grants to First Nations, Inuit and Metis. In the first wave of take-up of the projects that we funded, First Nations came in great numbers, particularly in the West, starting with British Columbia and Saskatchewan, and following with other Western provinces.

In the second wave, First Nations across the rest of the country came in, although Québec is still underserved.

In the third wave, Inuit took up this project in greater numbers.

We think the fourth wave, should the Aboriginal Healing Foundation continue, would be Metis, who are underrepresented as well. The northern waves have been much smaller.

We have done three national surveys over the last several years; we have done a best practices survey; we have done 13 case studies of different types of projects, and six in-depth case studies through the Network for Aboriginal Mental Health Research. We have also done an extensive file search and have had six focus groups. A final report that will be published in January 2006, the first volume of which is being authored by Marlene Brandt Castellano, the co-director of research for the royal commission.

l'incidence que cela a pu avoir sur les collectivités autochtones à cause de ce cycle de sévices qui a duré très longtemps; cela concerne également le fait qu'ils n'avaient pas de bonnes compétences parentales à cause de leur expérience des pensionnats, du traumatisme historique qu'ils ont connu — et nous avons beaucoup appris à ce sujet dernièrement — et de la douleur et du chagrin qu'ont ressentis les peuples autochtones au cours de nombreuses années de déplacement, de perte de culture et de langue, et de mortalité dans leurs propres collectivités.

Au moment de sa création, elle devenait la première organisation autochtone nationale ayant 17 administrateurs représentant les cinq organismes nationaux, de même que les Inuits, les Métis et les membres des Premières nations; la Fondation comprend également le groupe national représentant les femmes autochtones, inscrites et non, deux organismes gouvernementaux, soit le MAINC et Santé Canada, dont les deux sont représentés par des administrateurs autochtones. Il s'agit de la première organisation à mettre en oeuvre un projet national de guérison holistique sur une base communautaire, surtout qu'il s'agit d'un projet lancé et mis en oeuvre par les Autochtones et qui influe sur la santé mentale des peuples autochtones.

Jusqu'ici, la Fondation autochtone de guérison a investi 437 millions de dollars dans des projets communautaires de tous types : il peut s'agir de projets de sensibilisation et de prévention, de véritables services de guérison et de ressourcement, et de services de guérison de longue durée dans des centres de traitement des traumatismes ou en vertu de programmes de traitement des dépendances.

Ainsi nous avons accordé quelque 1 339 subventions aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis. Pour ce qui est de la première vague de projets que nous avons financés, il s'est surtout agi de projets proposés par les Premières nations, notamment de l'Ouest, en commençant par la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, et par la suite, les autres provinces de l'Ouest.

Dans la deuxième vague, les Premières nations des autres régions du pays ont obtenu des subventions, bien que le nombre de projets au Québec demeure faible par rapport aux autres provinces.

Dans la troisième vague, davantage de groupes inuits se sont prévalus de la possibilité d'obtenir une subvention.

À notre avis, la quatrième vague, si la Fondation autochtone de guérison continue d'exister après la fin de son mandat, serait celle des Métis qui sont également sous-représentés. Dans les régions du Nord, les volumes ont été beaucoup plus petits.

Nous avons mené trois enquêtes nationales au cours des dernières années : nous avons mené une enquête sur les pratiques exemplaires, nous avons fait 13 études de cas relativement à différents types de projets, et nous avons préparé six études de cas complètes par l'entremise du Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones. Nous avons également procédé à une vaste consultation de dossiers et organisé six groupes de réflexion. Un rapport final sera publié en

The second volume is being authored by the evaluator, Kim Scott; the third volume by someone who has worked in best practices for many years and has taken that up with us, Linda Archibald.

We have found that if you extrapolate the figures on the basis of those national surveys, 204,564 people have been involved in healing projects in the time we have been operating; 49,095 have been involved in training projects over that period; and 27,855 people have special needs. Those special needs are extreme trauma, suicidal behaviour and life-threatening addictions. Those people have often not had attention before. We found in our survey that less than 10 per cent of the people who have addressed healing needs through our projects had ever addressed healing before; they have never received any services. Therefore, 90 per cent of the people that we are reaching are being reached for the first time.

Our findings show that 94 per cent say they feel more secure and safe on the basis of what they have done through their healing projects; 72 per cent say they are better prepared for other difficulties; 71 per cent say they are resolving past trauma; and 69 per cent say they are securing support and feel that they can better resolve future trauma on the basis of what they have gone through.

What has helped? It is interesting. You will see in the handout that I have left for you that learning about residential schools helped, in part because people who attended them have been very reticent to speak about their experience with their children or grandchildren. Intergenerationally impacted people in our communities do not know what that experience was like and they do not understand, so that has been extremely important.

Cultural celebration, identity issues, working with others and connecting to others helped. If you look at the graphs in the document, you will see that the largest number of people, in regard to healing services, access and participation, rated traditional activities at the top of the scale. Traditional activities means talking to elders, working in healing circles, cultural celebration, working with others on cultural projects, going out on the land; those activities are at the top, and at the bottom of the graph is Western therapies.

janvier 2006, dont le premier volume sera rédigé par Marlene Brandt Castellano, codirectrice de la recherche pour la Commission royale. Le deuxième volume sera rédigé par l'évaluateur, soit Kim Scott; et le troisième volume sera rédigé par quelqu'un qui se spécialise dans les pratiques exemplaires depuis de nombreuses années et qui a collaboré avec nous dans ce domaine, soit Linda Archibald.

Par extrapolation, nous avons constaté grâce à ces enquêtes nationales que 204 564 personnes participent à des projets de guérison depuis que nous existons; 49 095 personnes ont participé à des projets de formation au cours de cette période; et 27 855 personnes ont des besoins spéciaux. Ces besoins spéciaux sont liés à des traumatismes graves, des tendances suicidaires et des dépendances éventuellement mortelles. Il s'agit bien souvent de personnes dont on ne s'est pas occupé jusqu'à présent. Nous avons constaté grâce à notre enquête que moins de 10 p. 100 de ceux qui ont pu répondre à leurs besoins de ressourcement grâce à nos projets avaient essayé précédemment de s'attaquer à leurs problèmes; ils n'ont donc jamais reçu de services. On peut donc conclure que 90 p. 100 des participants sont des personnes que nous rejoignons pour la première fois.

Nous constatons également que 94 p. 100 de ceux qui ont participé à un projet de guérison nous disent qu'ils se sentent à présent plus sûrs et sécurisés grâce à ces projets; 72 p. 100 d'entre eux nous ont dit qu'ils sont mieux préparés à s'attaquer à d'autres problèmes; 71 p. 100 sont d'avis qu'ils réussissent grâce à ces projets à régler les problèmes causés par les traumatismes du passé; et 69 p. 100 d'entre eux nous disent qu'ils bénéficient maintenant du soutien qu'ils requièrent et qu'ils ont l'impression d'être plus à même de régler des problèmes futurs en tirant les enseignements de ce qu'ils ont vécu jusqu'à présent.

Qu'est-ce qui a aidé ces personnes? C'est très intéressant. Vous verrez dans le document que je vous ai remis que ce qui les a aidés entre autres était la possibilité d'en savoir plus long sur les pensionnats, en partie parce que ceux qui les ont fréquentés ont été très réticents à parler de leurs expériences avec leurs enfants ou leurs petits-enfants. Les membres de nos collectivités dont l'expérience des pensionnats a touché plusieurs générations de leur famille peuvent ne pas savoir ou comprendre ce que leurs parents ont pu vivre, et par conséquent, cet apprentissage a été extrêmement important.

La célébration culturelle, les questions d'identité, et la possibilité de travailler et de nouer des liens avec d'autres personnes ont tous aidé. Si vous regardez les graphiques du document, vous verrez qu'en ce qui concerne les services de guérison, l'accès et la participation ce sont les activités traditionnelles qui ont reçu la cote la plus élevée chez le plus grand nombre de personnes. Les activités traditionnelles comprennent les discussions avec les aînés, les cercles de guérison, la célébration culturelle, la participation à des projets culturels avec d'autres personnes, les activités traditionnelles sur les terres autochtones; ce sont ces activités-là qui ont la cote la plus élevée, alors qu'au bas de l'échelle, nous trouvons les thérapies occidentales.



That has to do with two aspects; one is accessing services, and the second is the rating of the effectiveness of those services by those who accessed them. Those are extremely important graphs with respect to what Aboriginal initiated and implemented community-based holistic healing projects are telling us all about healing, particularly in regard to mental health and trauma.

We have also employed over 5,000 people in the communities, and most of those are either survivors or intergenerationally impacted, with few exceptions. We have established a great many partnerships, the largest partner being Aboriginal governments themselves. It may be no surprise to you, but it great surprise to us, we did not expect that. We found in our best practices survey that over two thirds of all the therapies involved the use traditional activities — again, elders, healing circles, cultural activities.

We have done a great deal of research, not only in regard to evaluation, but in regard to issues that we do not understand very well in terms of Aboriginal communities, particularly as they relate to residential schools.

Dr. Gideon mentioned the study we have done on fetal alcohol syndrome. I will leave this with you and would be happy to have it delivered to all of the committee members, should you wish. It is an excellent study on fetal alcohol syndrome, and it does show that people in the Aboriginal communities are under-diagnosed. More importantly, it shows that they are often not diagnosed at all. There is no way to diagnose them in most Aboriginal communities, and we assume a great deal in regard to the kind of impact fetal alcohol syndrome is having.

I brought a mental health profile study by two professors from Simon Fraser University on British Columbia's Aboriginal survivors of the residential school system. It is the only empirical research there is.

I have also brought a study by Dr. Cynthia Wesley-Esquimaux on historical trauma and Aboriginal healing. Historical trauma is an extremely important issue that we all should understand much better than we do.

Finally, I have brought *Reclaiming Connections*. This was done by one of the groups we funded, the Wabano Centre for Aboriginal Health, and is a manual on understanding the impact of trauma on mental health. I have also brought the third interim evaluation report.

Cela soulève deux éléments importants : premièrement, l'accès aux services, et deuxièmement, l'évaluation de l'efficacité des services par ceux qui y ont recours. Les deux graphiques présentant ces informations sont très importants en raison de ce que ces projets communautaires de guérison holistique lancés et mis en oeuvre par les Autochtones nous apprennent sur la guérison proprement dite, notamment par rapport à la santé et aux traumatismes mentaux.

Nous avons également donné des emplois à plus de 5 000 personnes vivant dans les collectivités autochtones, dont la majorité sont des survivants ou membres d'une famille où des effets intergénérationnels sont présents; il y a effectivement peu d'exceptions. Nous avons établi un grand nombre de partenariats, nos plus importants partenaires étant les gouvernements autochtones eux-mêmes. En ce qui vous concerne, ce n'est peut-être pas une surprise, mais pour nous, cela l'a été parce que nous ne nous y attendions pas. Nous avons constaté, grâce à notre enquête sur les pratiques exemplaires, que plus de deux tiers des thérapies employées dans le cadre des projets reposaient sur les activités traditionnelles — encore une fois, les Aînés, les cercles de guérison, et les activités culturelles.

Nous avons fait énormément de recherche, non seulement pour des fins d'évaluation, mais aussi sur des problèmes qui sont présents dans les collectivités autochtones que nous comprenons mal, notamment lorsque ces derniers sont liés à la fréquentation des pensionnats.

La Dre Gideon a mentionné l'étude que nous avons menée sur le syndrome de l'alcoolisation foétale. Je vous laisse cette copie et je serais très heureuse d'en fournir une à tous les membres du comité, si vous le souhaitez. C'est une excellente étude sur le syndrome de l'alcoolisation foétale, et elle indique que ce problème est sous-diagnostiqué dans les collectivités autochtones. Qui plus est, elle démontre qu'il arrive souvent que ce syndrome ne soit pas du tout diagnostiqué. Dans la plupart des collectivités autochtones, il n'est tout simplement pas possible de diagnostiquer ce genre d'affection, et par conséquent, nous présumons beaucoup de choses au sujet de l'incidence réelle du syndrome de l'alcoolisation foétale.

Je vous ai également amenés une étude menée par deux professeurs de l'Université Simon Fraser en Colombie-Britannique sur la santé mentale des survivants autochtones des pensionnats. Il s'agit des seules recherches empiriques qui existent.

J'ai également amené l'étude du Dr Cynthia Wesley-Esquimaux sur le traumatisme historique et la guérison autochtone. Le traumatisme historique est une question très importante qu'il y aurait lieu de comprendre beaucoup mieux que ce n'est le cas actuellement.

Et enfin, j'ai amené avec moi une copie du document intitulé *Reclaiming Connections*. Ce document a été produit par l'un des groupes que nous avons financés, soit le Centre Wabano pour la santé autochtone, et c'est un manuel visant à faire mieux comprendre l'incidence des traumatismes sur la santé mentale. J'ai également une copie du troisième rapport d'évaluation intérimaire.

We have many more published research projects and many more under way that I think are important to the work we have been doing.

Let me close by saying that we are in our final years of funding. Our funds are now fully committed. All project funding will cease on March 31, 2007, and the Aboriginal Healing Foundation, as I mentioned, will close in 2008. It will have a tremendous impact on government services because of the numbers of people who have been involved in healing in Aboriginal communities across the country. Health Canada will surely feel the impact, Corrections Canada will feel the impact, and many other government agencies will too.

What we will do with regard to ending the Aboriginal healing project will have a remarkable impact on the mental health of Aboriginal people across this country in terms of projects that we have, through empirical evidence, found to be effective in addressing mental health issues for Aboriginal people.

I thank you once again for this opportunity and I would be pleased to answer any questions.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much.

We will now hear from Jules Picard.

[Translation]

**Mr. Jules Picard, Social Services Coordinator, First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission:** Thank you, Mr. Deputy Chairman. I and the people with me today would like to wish Senator Gill a happy National Aboriginal Day.

I work for the Quebec and Labrador Health and Social Services Commission. This is an organization that was created by the Quebec Assembly of Chiefs, with specific mandates in terms of health and social services.

There is no doubt that in the time that I have been with the commission, not only for us but for the government, mental health has not been a priority. However, we consider the Senate committee's reports to be good reports. It is clear that the commission will not reject out of hand the comments and suggestions you make in your report.

We recognize there are significant gaps at the present time in terms of access, delivery and quality of mental health services all across the country. We also know that the First Nations are facing specific and complex issues.

Nous avons beaucoup d'autres documents que nous avons publiés au sujet de différents projets de recherche et beaucoup d'autres sont en cours, et tous sont importants pour le travail que nous réalisons à la Fondation.

Permettez-moi de terminer en vous disant que nous entamons la dernière période pour laquelle notre financement est garanti. Tous les crédits font l'objet d'engagements fermes. Nous cesserons de bénéficier de financement de projets dès le 31 mars 2007, et comme je vous l'ai dit tout à l'heure, le mandat de la Fondation autochtone de guérison prendra fin en 2008. Sa disparition aura un impact majeur sur les services gouvernementaux, étant donné le grand nombre de personnes qui participent aux projets de guérison dans les collectivités autochtones de toutes les régions du Canada. Santé Canada en ressentira certainement les effets, de même que le Service correctionnel du Canada et bon nombre d'autres organismes gouvernementaux.

La décision que nous prendrons en ce qui concerne le démantèlement du projet de guérison autochtone aura un impact considérable sur la santé mentale des peuples autochtones de tout le Canada, étant donné les données empiriques que nous avons rassemblées au sujet des projets qui se révèlent efficaces pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale des peuples autochtones.

Encore une fois, je désire vous remercier de m'avoir invitée à comparaître et je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

**Le vice-président :** Merci beaucoup.

Je cède maintenant la parole à Jules Picard.

[Français]

**M. Jules Picard, coordonnateur des services sociaux, Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador :** Merci, monsieur le vice-président. Je voudrais, ainsi que des personnes qui m'accompagnent, souhaiter une bonne fête des Autochtones au sénateur Gill.

Je travaille pour la Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador. C'est une organisation qui a été créée par l'Assemblée des chefs du Québec, leur donnant des mandats au niveau des services sociaux et de la santé.

C'est sûr qu'au cours de mon mandat avec la commission, pour nous comme pour le gouvernement, la santé mentale n'a pas été une priorité. Par contre, nous considérons que les rapports du comité sénatorial sont de bons rapports. C'est évident que la commission ne tissera pas du revers de la main ce que vous amenez comme réflexion à l'intérieur de votre rapport.

Nous reconnaissons qu'il y a des lacunes importantes au niveau de l'accessibilité, de la prestation et de la qualité des services en santé mentale à travers le pays. Nous savons aussi que les Premières nations autochtones vivent des problématiques spécifiques et complexes.



Senator Gill referred earlier to the communities of Paquashipé and La Romaine, which are located in remote areas. There is also the community of Schefferville, which is going through an extremely trying time both economically and socially. Of course, this situation affects families, individuals and young people, in terms of their mental health. I will come back to this a little later in my presentation.

In general, there seems to be no recognition of the fact that political and decision-making bodies within First Nations can be partners on the same level as both provincial and territorial government decision-makers, when it comes to mental health and treatment of addictions.

Over the last three years, the First Nations and the commission have clearly made mental health, crisis situations and suicide in the communities a top priority. However, the machinery of government doesn't seem to want to move in that direction.

Of course, there are committees such as yours that are working. Agreements were signed last September with respect to the health care system as a whole. In Quebec, I believe that two communities in particular have experienced some major crises in the last six months: Schefferville, for one, as well as Manouane and Weymontachie.

Last March, there were three suicides in those two communities. And there have been several attempted suicides. We were called upon to respond in those two communities. When a death occurs, no matter who is involved, the community mourns.

And when a death occurs as a result of suicide, the community not only mourns, it is in crisis. Ms. Wood had to go in to work with responders, political authorities, counsellors, and of course, the families.

The report recommends that an individual experiencing mental health and addiction problems be at the centre of the health care system, rather than just in terms of services. We are recommending that individuals experiencing these kinds of problems be given priority.

And this must occur in keeping with the First Nations' holistic vision. Families and communities must also be the focus of our concern, not only for the First Nations, but for all governments, both federal and provincial.

We could list the concerns or problems the commission has noted. Social conditions within these communities are deteriorating in a way that can only be described as extremely alarming.

The issues surrounding mental health crises are very concentrated and are affecting these populations. As I said earlier, a number of communities are experiencing major social crises and are having a lot of trouble trying to stabilize the situation.

Le sénateur Gill faisait référence aux communautés de Paquashipé et de La Romaine qui sont des communautés en région éloignée. Il y a aussi la communauté de Schefferville qui traverse des crises très difficiles tant au plan économique que social. Bien sûr, cette situation affecte les familles, les individus et les jeunes au plan de la santé mentale. J'y reviendrai un petit peu plus loin dans ma présentation.

De façon générale, on ne semble pas reconnaître que les instances politiques et décisionnelles des Premières nations autochtones puissent être des partenaires au même titre que les décideurs des gouvernements tant provincial que territorial en termes de santé mentale et de toxicomanie.

C'est sûr que depuis trois ans, les Premières nations et la commission ont donné priorité à la santé mentale, aux situations de crise et les situations de suicide dans les communautés. Mais, l'appareil gouvernemental ne semble pas suivre cette tangente.

Évidemment, il y a des commissions comme la vôtre aujourd'hui. Des ententes ont été signées en septembre dernier pour l'ensemble du système de santé. Au Québec, je pense qu'au cours des six derniers mois, il y a deux communautés qui ont vécu des crises assez difficiles : Schefferville entre autres, ainsi que Manouane et Weymontachie.

En mars dernier, il y a eu trois suicides dans ces deux communautés. Et, il y a eu plusieurs tentatives de suicide. On a fait appel à nos services pour intervenir à l'intérieur de ces deux communautés. Quand survient un décès, quel qu'il soit, la communauté est en deuil.

Lorsque survient un décès suite à un suicide, la communauté est plus qu'en deuil, elle est en crise. Madame Wood a été obligée d'intervenir auprès des intervenants, auprès de ces instances politiques, des conseillers, et évidemment, des familles.

Le rapport recommande que l'individu vivant des problématiques de santé mentale et de toxicomanie soit au cœur du système de santé plutôt qu'au niveau des services. Nous recommandons de donner priorité à l'individu qui vit ce type de problème.

Et ce, dans une vision holistique propre aux Premières nations. Les familles et les communautés doivent être aussi au centre de nos préoccupations, pas juste au niveau des Premières nations, mais aussi au niveau des gouvernements tant fédéral que provincial.

Nous pourrions énumérer des inquiétudes et des constats qui ont été faits par la commission. Les conditions sociales à l'intérieur de ces communautés se détériorent de façon très inquiétante.

Les problématiques de crises de santé mentale sont très concentrées et affectent ces populations. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, plusieurs communautés connaissent des crises sociales importantes et ont beaucoup de difficulté à les stabiliser.

At the present time, the First Nations have very few means of taking ownership of their mental health, their wellness and their social and overall development. Of course, there is a strong desire to do so.

Without going into detail, I know there are significant issues in terms of both federal/provincial jurisdiction, something that has a direct impact on individuals, families, and of course, on their communities.

I would like to refer to a specific situation. I believe there are several such cases of this across the country. In our community of Pointe-Bleue, there are people with mental health problems. In terms of federal/provincial jurisdiction, there is currently a young schizophrenic living there who is in trouble with the law. And he has to be stabilized with medication.

What we seem to be hearing now is that Health Canada cannot pay for that young person's medication because he is the responsibility of the provincial prison system. Therefore it is up to the provincial prison system to pay those costs.

And yet in order to protect both this young person and society, that medication is necessary. He is in his early twenties, and I knew him when I worked as a social worker there. He is in need of a lot of care and specialized services.

So, when it comes to jurisdictional issues, we don't want to see the authorities playing tennis the way they are in Wimbledon right now: forever putting the ball into the other guy's court.

There is tremendous concern in terms of the growing number of children. On the weekend, we had a working session with the Walgwan Treatment Centre. That treatment centre handles young people aged 12 to 18. The mission of the Walgwan Centre is to treat young people with addiction problems.

The director of the Centre was telling us that over the last two or three years, many of the young people aged 12 to 18 that are coming to the Centre have mental health problems, as opposed to addiction problems.

This treatment centre, which was mandated to treat addiction problems, is not mandated to treat mental health cases. And that does not only apply to this particular treatment centre; it also is the case with child welfare authorities in First Nations.

Young people experiencing behavioural problems are protected, as provided under the Youth Protection Act. Here I am referring specifically to the communities, but I could also talk about the Quebec system, where others have made the same observation.

A young person experiencing behavioural problems is reported and protected. Yet today, fewer than 50 per cent of the young people reported for behavioural problems are experiencing mental health problems.

Actuellement, il y a très peu de moyens pour que les Premières nations prennent en charge elles-mêmes leur santé mentale, leur mieux-être et leur développement social et global. Évidemment, il y a la volonté.

Sans trop rentrer dans les détails, je suis sûr qu'il y a des problèmes importants au niveau de la juridiction tant fédérale que provinciale qui ont des répercussions directes sur les individus, les familles, et évidemment au niveau de leur communauté.

Je vais me référer à une situation. Je pense qu'il y a plusieurs situations de ce genre à travers le pays. Dans notre communauté à Pointe-Bleue, il y a des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Quand on parle de juridiction fédérale/provinciale, il y a présentement un jeune schizophrénique qui est aux prises avec la justice. Et, on doit le stabiliser avec de la médication.

Actuellement, ce qu'on semble nous dire, c'est que Santé Canada ne peut pas payer la médication pour ce jeune parce qu'il fait partie du réseau carcéral provincial. Ce serait au réseau carcéral provincial d'assumer ces frais.

Afin de protéger ce jeune, mais aussi la société, sa médication est nécessaire. Ce jeune homme est au début de la vingtaine, je l'ai connu quand j'ai oeuvré au niveau social là-bas. C'est un jeune qui a besoin de beaucoup de soins et de services spécialisés.

Lorsqu'on parle de juridiction, il ne faut pas jouer au tennis comme on le fait à Wimbledon présentement, se lancer la balle.

Il y a une grande inquiétude par rapport au nombre grandissant d'enfants. En fin de semaine, on a eu une session de travail avec le Centre de traitement Walgwan. C'est un centre de traitement qui accueille des jeunes de douze à dix-huit ans. La mission du Centre Walgwan est de traiter des jeunes qui sont aux prises avec la toxicomanie.

Au cours des deux ou trois dernières années, la directrice du centre nous faisait part qu'actuellement une grosse partie des jeunes de 12 à 18 ans qui fréquentent ce centre n'a pas des problèmes de toxicomanie, mais est aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Le centre de traitement qui était habilité à traiter des toxicomanes n'est pas habilité à traiter des cas de santé mentale. Ce n'est pas juste à ce centre de traitement, c'est au niveau du réseau de protection de l'enfance, au niveau des Premières nations.

Les jeunes qui sont aux prises avec des troubles de comportement, on les protège tel que le spécifie la Loi de la protection de la jeunesse. Je parle des communautés, mais je pourrais parler aussi du réseau québécois où l'on fait le même constat.

Un jeune qui a des troubles de comportement est signalé et il est protégé. Aujourd'hui, moins de 50 p. 100 des jeunes qui sont signalés pour troubles de comportement sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.



That legislation that says young people experiencing mental health problems must be protected has a piece missing. The fact is those young people don't need to be protected, they need to be treated.

That is what we are seeing in terms of these resources. I believe the problem is becoming more and more of a concern. I have been on the Board of Directors of the Walgwan Treatment Centre for two years now. At the beginning, they talked about addiction problems, but for some two years now, there have been more mental health problems.

What can we do now to provide immediate, practical support to the communities that currently find themselves in crisis?

There is no doubt that the damage that has been done is very significant and relevant to all Canadians. And there is no doubt that the recommendations made by your Senate Committee on Mental Health will not immediately be followed by an action plan; that will take some time.

Before the government machinery has a chance to digest all of that and before all the departmental machinery comes up with some action plans, we are talking about at least 18 to 24 months.

**Senator Gill:** Three or four years.

**Mr. Picard:** I believe it will take a certain amount of time before these recommendations can be implemented and action plans developed. In the meantime, however, what are we supposed to do?

I believe that interim measures should be recommended, to both provincial governments and First Nation organizations — at least as regards youth and children.

I think we will have to take a very serious look at interim measures because there is damage there and there are things happening in the communities.

As I said earlier, we want to avoid administrative and financial jurisdictional duality across different governments and departments. That constant duality revolves around: who pays the bill? Does this concern Indian Affairs, Health Canada or the province?

That is what must be avoided. Because while that is going on, the young person is waiting for his medication and the consequences are serious.

We need to provide the same level of services in mental health and addiction treatment to First Nations people as we do in the rest of Canada. But let's not delude ourselves: there is currently an imbalance in terms of the services provided in the communities.

Programs and policies, as well as action plans with respect to service organizations, should be developed in cooperation with the First Nations, both in Quebec and the other provinces. They should be considered equal partners. We may not have money, but we can implement certain components of these programs with the cooperation of governments.

Cette loi qui dit qu'il faut protéger ces jeunes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale a une partie manquante. Ces jeunes ne doivent plus être protégés, ils doivent être soignés.

C'est le constat qui est fait à l'intérieur de ces ressources. Je pense que le problème devient de plus en plus inquiétant. Cela fait deux ans que je siège sur le conseil d'administration du Centre de traitement Walgwan. Au début, on faisait référence à des problèmes de toxicomanie. Depuis maintenant deux ans, c'est plus spécifique à la santé mentale.

Comment ferons-nous pour supporter de façon immédiate et concrète ces communautés qui traversent présentement des périodes de situation de crise ?

C'est sûr que le dommage qui est fait est très important et pertinent pour les Canadiennes et Canadiens. C'est sûr que les recommandations qui seront faites par votre comité sénatorial sur la santé mentale ne seront pas immédiatement suivies d'un plan d'action ; cela prendra un certain temps.

Avant que tout l'appareil gouvernemental puisse digérer tout cela et que tout l'appareil ministériel puisse élaborer des plans d'action, cela prendra au moins dix-huit à vingt-quatre mois.

**Le sénateur Gill :** Trois, quatre ans.

**M. Picard :** Non, mais je pense que cela prendra un certain laps de temps avant qu'on puisse mettre en oeuvre ces recommandations et développer des plans d'action. Mais, entre-temps, qu'est-ce qu'on fait ?

Je pense qu'on doit recommander des mesures provisoires, tant aux gouvernements provinciaux qu'aux organisations des Premières nations. Au moins en ce qui a trait aux jeunes et aux enfants.

Je pense qu'il faudra examiner très sérieusement ces mesures provisoires parce qu'il y a des dommages, il y a des choses qui se passent dans les communautés.

Comme je le disais tout à l'heure, il faudra éviter toutes les dualités administratives et financières entre les différents gouvernements et ministères. La dualité constante : Qui paye la facture ? Est-ce que cela concerne les Affaires indiennes, Santé Canada ou la province ?

C'est ce qu'on doit éviter. Parce que pendant ce temps, le jeune attend sa médication et les conséquences sont graves.

Assurer le même niveau de services en santé mentale, en toxicomanie aux gens des Premières nations qu'au reste du Canada. Je pense qu'il ne faut pas se leurrer, il y a un déséquilibre des services qui sont donnés à l'intérieur des communautés.

Tout développement de programmes et politiques, et plans d'action organisationnels des services devraient inclure la participation des Premières nations autochtones, tant au Québec que dans les autres provinces. Ils devraient être considérés comme des partenaires égaux. Nous n'avons peut-être pas l'argent, par contre, nous pouvons mettre en oeuvre certains éléments des programmes avec la collaboration des gouvernements.

Of course, this partnership should be based on mutual respect and recognition. There is a need to recognize that integrated and lasting community development is a fundamental condition for improving mental health and wellness among First Nations. I don't think we should only be taking initiatives that are fleeting in nature.

We should be thinking of lasting initiatives and programs. Too often the DJSPI develops initiatives, but three years later, the initiatives are dropped and then nothing else comes along to replace them. That happens very often at the DJSPI.

The First Nations have to be given the appropriate levers to take ownership of these issues by defining their own priorities. We say that mental health should be at the same level as physical health. I believe you refer to this as well in your third report: develop measures tailored to their needs; ensure implementation of the actions determined to be necessary, and not only for the First Nations, but also with governments.

There are lots of public awareness campaigns across Canada dealing with mental health; often you see the posters. But within the governments themselves, could we also engage in some awareness raising so that they have a better understanding of these issues?

I called the Regional Office this morning and I asked someone to provide me with some figures with respect to mental health. I doubt that our Regional Office deals with mental health. However, I do believe that a certain percentage of the money is paid directly through agreements between band councils. But it's a minimal percentage — around 1 or 2 per cent of the total amount of the agreement.

So, there is a need to raise awareness among departmental officials so that they have a better understanding of the issues, and not only in terms of what is going on in the communities.

**Senator Gill:** When you refer to the Regional Office, do you mean the Regional Office of Indian Affairs?

**Mr. Picard:** No.

**Senator Gill:** Health Canada.

**Mr. Picard:** Health Canada.

**Senator Gill:** National Health.

**Mr. Picard:** And among professionals as well, so that they are able to receive specific training regarding realities in First Nations communities. A better understanding would certainly help to reduce the discrimination and stigma that First Nations people, particularly those experiencing mental health problems, are often subject to.

Dr. Charbonneau, who appeared before us, said that when people go back to the communities, they are identified. I think we need to take action to address those aspects of the problem. There is a need to provide specific funding to the First Nations so that they can develop and implement prevention services for children and their families.

Évidemment, ce partenariat devra être fondé sur le respect et la reconnaissance mutuelle. Reconnaître que l'amélioration de la santé mentale et du mieux-être des Premières nations passe par un développement communautaire intégré et durable. Je pense qu'on ne peut pas faire que des initiatives qui vont durer le temps des lilas.

Il faudra penser à des initiatives et à des programmes durables. Trop souvent la DJSPI développe des initiatives, mais après trois ans ces initiatives tombent puis il n'y a plus rien. Cela arrive très souvent à la DJSPI.

Il importe de fournir aux Premières nations les leviers nécessaires pour qu'ils puissent se prendre en charge par la définition des priorités. On dit que la santé mentale devrait être au même niveau que la santé physique. Je pense que vous y faites référence aussi dans votre 3<sup>e</sup> rapport : élaborer des mesures correspondantes à leurs besoins; assurer la mise en oeuvre des actions déterminées, et cela pas seulement pour les Premières nations mais aussi avec les gouvernements.

On fait souvent des campagnes de sensibilisation à travers le Canada pour de la santé mentale, on voit souvent des affiches. Mais, à l'intérieur même des gouvernements, pourrait-il se faire une sensibilisation afin d'avoir une meilleure connaissance de cette problématique ?

J'ai appelé au bureau régional ce matin et j'ai demandé à une personne de me donner des chiffres sur la santé mentale. Je doute que notre bureau régional traite de la santé mentale. Par contre, je pense qu'un certain pourcentage des argents est versé directement à l'intérieur des ententes entre les Conseils de bandes. Un pourcentage qui reste minime, soit de l'ordre de 1 p. 100 ou 2 p. 100 du montant de l'entente.

Il faudra sensibiliser les gens des ministères face à cette problématique, qu'il y ait une meilleure connaissance du problème, pas seulement pour ce qui se passe dans les communautés.

**Le sénateur Gill :** Quand vous parlez du bureau régional, vous voulez dire le bureau régional des Affaires indiennes ?

**M. Picard :** Non.

**Le sénateur Gill :** De la Santé nationale.

**M. Picard :** De la Santé nationale.

**Le sénateur Gill :** Le National Help.

**M. Picard :** Auprès des professionnels aussi, afin qu'ils puissent recevoir une formation spécifique sur les réalités des Premières nations. Une meilleure compréhension aiderait certainement à réduire la discrimination et la stigmatisation dont sont victimes trop souvent les personnes des Premières nations et surtout ceux qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

La Dre Charbonneau qui était ici avant nous, disait que lorsque les gens retournent chez eux, ils sont identifiés. Je pense qu'il faudra développer ces aspects du problème. Débloquer du financement spécifique pour que les Premières nations puissent élaborer et implanter des services préventifs auprès des enfants et de leur famille.



Finally, your Committee will certainly go forward with a number of recommendations. It might be worthwhile bringing together a group of people, including Canadians and First Nations people and others from different backgrounds — to work on drafting those recommendations and setting priorities so that one day, we could have some decision-making power.

It's important to give First Nations the opportunity to tell you what their priorities are and to convey their recommendations. We need to find a way to work together and implement those recommendations.

**Ms. Isabelle Wood, Social Crisis Issues Technical Coordinator, First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission:** Mr. Deputy Chairman, I am the Social Crisis Issues Technical Coordinator for the First Nations Health and Social Services Commission.

Jules is my supervisor, my boss. I worked for three years in the community — specifically the community of Weymontachie — which has been hit very hard by a number of social crises and suicides. Over a period of three years, there were almost ten suicides in the community. That is a huge number for a community with a population of only 1,200.

In your reports, and particularly the “Issues and Options” document, there is a lot of discussion of the individual, the family, and so on. In terms of the First Nations communities, it will be important to talk about the specific issues facing responders and front-line workers who every day, and sometimes several times a day, have to deal with individual or family crises. These responders have to deal with these crises as they arise and find themselves completely exhausted and overwhelmed, such that they no longer know how to address the problem or what the solution is.

People develop very meaningful bonds of trust with these responders. They often go to the same responder when they need help. The responder ends up being completely exhausted, with no way of leaving the community.

You referred to the community of Schefferville earlier, and the fact is that you cannot leave that community when you like; you have to wait for a plane or a train, and be able to afford this kind of travel.

So, there is a need to be concerned about the health of responders and those people working on the front line in First Nations communities.

**Senator Gill:** Dr. Valaskakis, I want to begin by thanking you for your presentation, which is extremely pertinent and covers the whole gamut of situations that can occur in this country. As I said earlier, we heard from a number of witnesses in Manitoba. I think the main ideas are emerging from every region of the country.

There is certainly a common view with respect to Aboriginal communities and mental health programs. I want to express my sincere thanks to you for your presentation. I also want to point

Finally, c'est sûr que votre comité ira de l'avant avec diverses recommandations. Ce serait peut-être intéressant de regrouper des gens tant Canadiens que des Premières nations et de d'autres allégeances, afin qu'ils puissent travailler à la formulation des recommandations, et au niveau des priorités pour qu'un jour on ait un poids décisionnel.

Il importe de donner la possibilité aux Premières nations de faire part de leurs priorités et de leurs recommandations. Trouver une manière de travailler ensemble et de mettre en œuvre ces recommandations.

**Mme Isabelle Wood, Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador Commission des services sociaux et de santé :** Monsieur le vice-président, je suis coordonnatrice technique des problématiques des crises sociales à la Commission de la santé et services sociaux des Premières nations.

Jules est mon superviseur, mon patron. J'ai travaillé trois ans en communauté, soit dans la communauté de Weymontachie, qui a été frappée très durement par les problématiques de crises sociales et de suicides, notamment. En trois ans, il y a eu près de dix suicides dans la communauté. C'est énorme, pour une communauté d'à peine 1 200 habitants.

Dans les rapports, entre autres, le troisième rapport sur les problèmes et solutions apportés, on parle beaucoup de l'individu, de la famille, et cetera. En ce qui concerne les communautés des Premières nations, il faudra soulever la problématique spécifique aux intervenants et aux travailleurs de premières lignes qui travaillent chaque jour, et qui, plusieurs fois par jour, sont confrontés à des crises individuelles ou familiales. Ces intervenants doivent répondre à ces crises et se retrouvent complètement épuisés, débordés, et ne savent plus comment prendre le problème ou le solutionner.

Les personnes créent des liens de confiance très significatifs avec ces intervenants. Elles vont souvent voir le même intervenant pour recevoir de l'aide. Cet intervenant se retrouve alors épuisé, sans moyen de sortir de la communauté.

Vous parliez tout à l'heure de la communauté de Schefferville, on ne peut pas sortir de là comme on veut, il faut attendre l'avion ou le train et aussi avoir les moyens financiers pour le faire.

Il est important de se préoccuper de la santé des intervenants et des travailleurs de premières lignes qui travaillent dans les communautés des Premières nations.

**Le sénateur Gill :** Docteure Valaskakis, d'abord, j'aimerais vous remercier pour votre présentation, elle est très pertinente et elle touche toute la gamme de situations qu'on peut retrouver au pays. Comme je le disais auparavant, nous avons eu des témoins au Manitoba. Je pense que les idées principales surgissent de tous les coins du pays.

Il y a certainement une pensée commune concernant les Autochtones face aux programmes de santé mentale. J'aimerais vous remercier sincèrement de votre présentation. J'aimerais

out that Gail and I have known each other for a long time. I am sure you remember that we worked together on the Collège Manitou file, so the battle continues. I want to congratulate you.

And Valérie, I knew your father very well a number of years ago. I watched Jules grow up. And Isabelle and I also know each other now.

So I want to say thank you and commend you for what you're doing, because it is difficult work. My mandate relates to the Aboriginal peoples and I can tell you that I have been working hard in this area on a daily basis for many years now.

**Senator Pélissier:** We can certainly testify to that.

**Senator Gill:** I also want to commend my colleagues for their openness. In past years, there have been a lot of problems in terms of achieving that kind of openness, understanding and desire to listen. However, now I can certainly say that most of my colleagues in the Senate want to take action and help First Nations people and others to move forward and secure the services that best meet their needs.

On the other hand, I would say there is still a lack of information. The fact that there is not enough information getting out there may be partly our fault, as First Nations people. It's information that we see as very basic, but it is important nonetheless.

Valérie was saying earlier that the First Nations were meeting and that within the First Nations, there are structures in place. I don't think people realize that the Assembly of First Nations represents all the chiefs in all the provinces.

What can be confusing — and I think it is important to mention this — is that at the government level, First Nations are referred to by the communities themselves. And yet the communities only represent part of the First Nations; they are not the First Nations per se.

But because they do not have accurate information, people become concerned and have a tendency to say: What are we going to do to meet the needs of some 630 First Nations all across the country? But the fact is that there are not 630 nations. As far as the Innu are concerned, our nation includes the Lower North Shore and Mashteuiatsh. The nation has about 12,000 to 15,000 members. So, we're not talking about nine or ten First Nations there.

It is also important to help people understand the difference between nations and communities. As nations, we can provide services. But it is very difficult to provide all services to the community. On the other hand, we can pool our resources.

The same thing applies to the province. Nations in Quebec — for example, the Confederation of Indians of Quebec — can certainly provide services that others are unable to offer at the community level. I think it's important to mention that.

également souligner, que l'on se connaît depuis longtemps, Gail. On a travaillé sur le Collège Manitou, tu te souviens sans doute, alors la bataille continue. Et j'aimerais vous féliciter.

Justement, Valérie, j'ai bien connu ton père, il y a plusieurs années. J'ai vu grandir Jules. Puis, Isabelle, on se connaît maintenant.

Alors, je vous remercie et je vous félicite parce que c'est un travail difficile. Mon mandat concerne les Autochtones et je peux vous dire que j'y travaille tous les jours, depuis plusieurs d'années.

**Le sénateur Pélissier :** On peut en témoigner.

**Le sénateur Gill :** Je voudrais aussi souligner l'ouverture de mes collègues. Dans les années passées, nous avons eu beaucoup de problèmes d'ouverture, de compréhension et d'écoute. Aujourd'hui, je peux vous assurer que la plupart de mes collègues du Sénat veulent agir et aider le groupe des Premières nations et les autres à progresser et à avoir les services qui leur conviennent.

Par contre, je dirais qu'un manque d'information persiste. Le fait de ne pas donner suffisamment d'informations relève peut-être de nous, du côté autochtone. Ce sont souvent des informations qui nous semblent très élémentaires, mais qui sont importantes.

Valérie mentionnait tantôt que les Premières nations se réunissaient et qu'à l'intérieur des Premières nations, il y a des structures. Je pense que les gens ne sont pas au courant que, l'Assemblée des Premières nations regroupe tous les chefs de toutes les provinces.

Ce qui porte à confusion, et je pense que c'est important de le mentionner, c'est qu'au niveau gouvernemental, on parle des Premières nations en parlant des communautés elles-mêmes. Les communautés représentent une partie des Premières nations, ce ne sont pas des Premières nations comme telles.

N'ayant pas la bonne information, les gens s'inquiètent et en général ils disent : qu'est-ce qu'on va faire pour s'adapter aux besoins de 630 Premières nations au pays ? Mais, en réalité, il n'y a pas 630 nations. Du côté des Innus, notre nation regroupe la Basse Côte-Nord et Mashteuiatsh. La nation comprend environ 12 000 ou 15 000 personnes. Il n'y a pas neuf ou dix Premières nations.

Alors, c'est important de communiquer aux gens, la différence entre les nations et les communautés. Au niveau des nations, nous pouvons donner des services. C'est très difficile de donner tous les services à la communauté. Par contre, nous pouvons nous regrouper.

La même chose au niveau de la province. Les nations au Québec, par exemple l'Association des indiens Québec/Labrador peut certainement offrir des services que les autres ne peuvent offrir sur le plan communautaire. Je pense que c'est important de le mentionner.



I also want to ask you, and this goes back to what Jules was saying earlier, to play a role with respect to our recommendations and findings. In fact, the Committee Chairman, Senator Kirby — and I believe that he has also discussed this with Senator Keon — has asked me to participate in developing the recommendations and findings to be presented in the report.

I would therefore like to bring some people together to help me draft that report, and then discuss our conclusions with the other senators. My intention is to do this with people with national responsibilities, such as Valérie Gideon and Dr. Gail Valaskakis. As for Quebec, I intend to proceed in exactly the same manner, if possible, in order to clearly articulate our ideas.

My intention, Mr. Chairman, is to put together a small group of people to assist in formulating recommendations and conclusions. I could then discuss this with the other senators who sit on the Committee who are interested in hearing these recommendations.

In terms of recommendations, I imagine it is a repetition of the ERI program. The recommendation coming from the First Nations, the Inuit, the Metis and others was to be given the funding and have control. I would be interested in hearing your comments in that regard, if you feel it's appropriate to respond.

**Dr. Gideon:** Thank you very much. Yes, the Assembly of First Nations has a very well established structure in terms of health and social development, and we could certainly participate in a very effective manner and include all the First Nations regions.

As you mentioned, the First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission is one of our regional organizations.

We have ten regional chiefs who sit on the Executive Committee. The Chairman of our Committee, Phil Fontaine, is the National Chief, as I am sure you know.

In terms of health and social services, we work with a network of technicians who are in the employ of these various regional organizations, and it is in cooperation with them that we develop our recommendations. They set my mandate as director, as well as that of my team in Ottawa. So, it is not what could be called a top-down system; it truly is bottom-up. The ideas flow from the communities and the regions, and we then set about implementing them at the national level.

So, we can work with the network of technical coordinators. We also have a committee of chiefs with responsibility for health issues and a committee of chiefs with responsibility for social development; this is a similar type of group working through the same network, except that it operates at the chiefs' level as opposed to the technicians' level.

We have these two structures which are well established. We meet several times a year and communicate regularly via conference call. So our structure does allow us to keep abreast of everything that's going on across the country. It's really not that complicated.

J'aimerais aussi vous demander, comme Jules le mentionnait plus tôt, de participer aux recommandations et aux conclusions. En fait, le président Kirby, et je pense qu'il en a parlé avec le sénateur Keon aussi, m'a demandé de participer aux recommandations et aux conclusions du rapport.

Je voudrais réunir des gens pour m'aider à la formulation du rapport, et ensuite en discuter avec les sénateurs. J'ai l'intention de le faire avec des personnes responsables à l'échelle nationale, soit Valérie Gideon et la Dre Gail Valaskakis. En ce qui a trait au Québec, j'ai l'intention de procéder de la même façon, si possible, pour mieux énoncer nos idées.

C'était mon intention, monsieur le président, de mettre sur pied un regroupement afin de pouvoir formuler des recommandations et des conclusions. Je pourrais discuter ensuite avec les sénateurs du comité qui voudront bien partager avec nous ces recommandations.

Au point de vue recommandations, j'imagine que c'est la répétition du même programme IRE. Les recommandations aux Premières nations, aux Inuits, aux Métis, et les autres, étaient d'avoir un financement et le contrôle. J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet, si vous le jugez approprié.

**La Dre Gideon :** Merci beaucoup. Oui, certainement, l'Assemblée des Premières nations a une structure fortement établie au niveau de la santé et du développement social et nous pourrions certainement participer d'une manière qui serait très efficace et inclure toutes les régions des Premières nations.

Comme vous l'avez mentionné, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations et des Inuits du Québec et du Labrador est un de nos organismes régionaux.

Nous avons dix chefs régionaux qui siègent sur notre comité exécutif. Le président de notre comité, Phil Fontaine, est le chef national, vous le connaissez sûrement.

Au niveau de la santé et des services sociaux, nous travaillons avec un réseau de techniciens qui sont des employés de tous ces organismes régionaux et c'est avec eux que nous formulons nos recommandations. Ils établissent mon mandat en tant que directrice ainsi qu'à mon équipe à Ottawa. Ce n'est donc pas comme on dit « top down », c'est vraiment « bottoms up ». Tout cela provient des communautés, des régions et par la suite nous faisons la mise en oeuvre au niveau national.

Nous pouvons alors travailler avec le réseau de techniciens. Nous avons également un comité des chefs en matière de santé et un comité des chefs en matière de développement social qui est le même genre de groupe, le même réseau, sauf que c'est au niveau des chefs plutôt que celui des techniciens.

Nous avons ces deux structures qui sont très bien établies. On se rencontre plusieurs fois par année et communiquons par téléconférences régulièrement. Notre structure nous permet donc de rester au fait de ce qui se passe au pays. Ce n'est pas si compliqué que cela.

Health Canada, specifically the First Nations and Inuit Health Branch, works with us on a regular basis and within our technical coordinator and committee chiefs structure. So, we have a very good relationship in place there.

As I mentioned in my presentation, we recently set up a committee with Health Canada, the Inuit leadership and the Assembly of First Nations, for the purposes of following up on the mental health conceptual framework that I discussed with you. However, there has never really been any follow-up or implementation of those preliminary ideas. So we also have those structures.

We would obviously be very open to the idea of working with the Healing Foundation. This is an organization I see as absolutely fundamental as regards our future and the possibility of improving the mental health of First Nations people.

**Senator Gill:** I just wanted to have a better idea of the structure of your organization. Here in Ottawa, people often do not think of the Aboriginal nations as being well organized. They imagine that it's the way it used to be, even though things have changed considerably.

[English]

**The Deputy Chairman:** This is tremendously important, because you mentioned, Dr. Gideon, that some of the national programs that should be getting to First Nations are not. It seems to me, from what I am hearing, that there are so many options for the flow of federal money into First Nations health; some flows directly and you are getting some services from the provinces that are covered by the transfer payments. The reality is that in many areas, the federal government is not capable of providing adequate services because they do not have the critical mass of health professionals to do the job.

It seems to me that First Nations need to become the fund-holders for health, and they can buy the services wherever they wish, up to a given quality at a given price. Most of them would be purchased from the provinces because they have the experts to deliver the services. However, some will have to come from the federal government because of our public health system and so forth. Even in the public health system, when it comes down to the delivery systems, if we want to vaccinate a large number of children, for example, we are again dependent on the provincial public health resources to get the job done. It would be interesting if we could find a way to sort through this massive confusion and suggest a structural framework that would work.

Santé Canada, la direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits travaillent régulièrement avec nous et à l'intérieur de notre structure des réseaux des techniciens et du Comité des chefs. Nous avons donc une très bonne relation de ce côté-là.

Comme je l'ai mentionné au cours de ma présentation, nous avons récemment établi un comité avec Santé Canada, le leadership Inuit et l'Assemblée des Premières nations, afin de faire le suivi sur le cadre conceptuel de la santé mentale que j'ai partagée avec vous. Mais, on n'a jamais eu vraiment le suivi et la mise en oeuvre de ces idées préliminaires. Nous avons donc également ces structures-là.

Nous serions bien sûr très ouverts à travailler avec la Fondation de guérison. C'est un organisme que nous considérons comme fondamental dans notre avenir en termes de l'amélioration de la santé mentale pour les Premières nations.

**Le sénateur Gill :** C'était pour avoir une meilleure idée de l'organisation. Souvent, dans notre milieu, à Ottawa, on ne perçoit pas les Autochtones comme étant organisés. On s'imagine que c'est comme avant, mais cela a bien changé.

[Traduction]

**Le vice-président :** C'est un aspect très important, parce que vous nous disiez tout à l'heure, Mme Gideon, que certains des programmes nationaux qui devraient viser les membres des Premières nations ne les incluent pas pour le moment. Si j'ai bien compris ce que vous dites, il y a une multitude de filières par lesquelles les crédits fédéraux peuvent financer les services et programmes de santé destinés aux Premières nations; dans certains cas, vous touchez l'argent directement, mais dans d'autres, vous recevez des services qui sont assurés par les provinces grâce aux paiements de transfert. Mais le fait est que dans bien des domaines, le gouvernement fédéral n'est tout simplement pas capable d'assurer des services adéquats parce qu'il n'a pas la masse critique de professionnels de la santé qui lui permettrait de le faire.

Il me semble, par conséquent, que c'est aux Premières nations directement qu'on devrait transférer les fonds pour la santé, de sorte que ces dernières puissent obtenir les services qu'elles souhaitent, selon la qualité et le prix qui lui conviennent. Dans la plupart des cas, il s'agirait d'acheter ces services aux provinces, puisque ce sont les provinces qui ont les experts qui peuvent assurer les services requis. Dans d'autres cas, il faudrait que les services soient assurés par le gouvernement fédéral, vu la nature de notre système d'assurance-santé, etc. Même dans le contexte du système de soins national, au niveau de la prestation des services, si nous voulons vacciner un grand nombre d'enfants, par exemple, nous avons besoin de recourir aux ressources de santé publique des provinces pour faire faire ce travail. Ce serait intéressant d'essayer de voir clair dans cette grande confusion et de proposer un cadre structurel qui pourrait donner satisfaction.



Senator Kirby and I have discussed what would work best with some of the provincial ministers. I do not have to tell you what they would like to do. They would like the federal government to give them the money and they would supply it —

**Senator Gill:** Then we have to fight it.

**The Deputy Chairman:** Yes. This is not acceptable; it is a non-starter.

Having said that, I think the time has come to try to evolve a structural framework that would work. When we write the report — and all we senators will take the credit — we have to come up with some suggestion for a structure for mental health services for First Nations.

We will not solve this today, but we need more dialogue on it.

**Senator Gill:** There was some experience in the past where money was given to the provincial governments. I can name the governments. The Government of Newfoundland and Labrador is one. The money was given to them, and then they had to manage services for the Aboriginal people. We studied that, and not even half of the money went where it was supposed to. That is why I think it is important that the money goes to the people who are responsible, and then they decide about the services, where they should buy the services. I think that has to be part of our recommendation.

[Translation]

**Mr. Picard:** Along the lines of what Senator Gill was saying, there is already some experience with this in Quebec, particularly as regards social services, whereby money is given to the band councils which then sign agreements directly with the Youth Centres for the purpose of obtaining specific services either from the Youth Protection Branch, institutions or foster families.

They agree on the services to be provided to the community and there is a sharing of responsibility. At the present time, there is experience with this not only in Quebec, but in the other provinces as well.

**Ms. Wood:** If I could just add something, in addition to transferring money directly to the nations or the communities for the purposes of purchasing services through the provincial systems, the idea is also to allow First Nations and communities to develop their own mental health services, because we're talking about expertise within these networks.

I can tell you there is quite some expertise within the communities themselves. Whether we're talking about responders, the political decision-making authorities in health and social services or other workers, there are many people who have been working in this area for a long time and have developed real expertise in terms of a holistic approach, and the appropriate distribution of various services and therapies that involve the natural environment.

Le sénateur Kirby et moi-même avons discuté des formules qui seraient les plus susceptibles d'être acceptées par les ministres provinciaux. Je n'ai pas besoin de vous dire ce qu'ils voudraient faire. Ils voudraient que le gouvernement fédéral leur donne l'argent et qu'ils puissent ensuite le distribuer...

**Le sénateur Gill :** Dans ce cas, nous devons nous y opposer.

**Le vice-président :** Oui. C'est tout à fait inacceptable; c'est voué à l'échec.

Ceci dit, le moment est venu à mon avis d'essayer d'élaborer un cadre structurel qui pourrait marcher. Quand nous allons rédiger notre rapport — et nous, sénateurs, allons nous attribuer tout le crédit — nous devons proposer une éventuelle structure pour la prestation des services de santé mentale aux Premières nations.

Il n'est pas possible de régler ce problème aujourd'hui; il faut plus de dialogue à ce sujet.

**Le sénateur Gill :** Il est arrivé par le passé qu'on donne des crédits aux gouvernements provinciaux. Je peux même vous nommer les gouvernements concernés. Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador en est un. On leur a donné l'argent, qu'ils devaient utiliser pour assurer des services aux peuples autochtones. Nous avons fait une étude par la suite, et nous avons constaté que moins de la moitié des crédits ont été utilisés pour les fins prévues au départ. Voilà pourquoi j'estime qu'il est essentiel que l'argent soit remis aux personnes qui sont responsables et que ce soit ces dernières qui prennent les décisions au sujet des services et des fournisseurs auprès de qui il convient d'obtenir des services. À mon avis, nous devons faire une recommandation à ce sujet.

[Français]

**M. Picard :** En complément à ce qu'a dit le sénateur Gill, il y a déjà des expériences au Québec, surtout dans le domaine des services sociaux, où l'on donne des argent aux Conseils de bandes et ceux-ci signent des ententes directement avec les Centres Jeunesse pour l'achat de services, soit au niveau de la Protection de la Jeunesse, au niveau des institutions et au niveau des familles d'accueil.

Ils s'entendent sur les services qui doivent être donnés à la communauté, et ce par voie de partage de responsabilités. Il y a, actuellement, une expérience qui se fait non seulement au Québec, mais dans d'autres provinces aussi.

**Mme Wood :** Afin de compléter, au-delà du transfert d'argent directement aux nations ou aux communautés pour l'achat de services dans les réseaux des provinces, c'est de permettre aussi aux nations et aux communautés de développer leurs propres services de santé mentale. Parce qu'on parle d'expertise à l'intérieur des réseaux.

Je vous garantis que l'expertise se trouve aussi à l'intérieur des communautés. Soit par les intervenants, par les autorités politiques décisionnelles au niveau de la santé et services sociaux qui, pour plusieurs, travaillent depuis de nombreuses années dans ce domaine et qui ont développé une réelle expertise au niveau holistique, au niveau de la distribution de différents services et des thérapies en milieu naturel.

The communities and First Nations need to be given a chance to develop their own mental health services.

[English]

**Dr. Gideon:** Senator, I just wanted to echo that there are models that any recommendations could build on. We are going through a massive exercise now that I am sure you have heard about, the blueprint on Aboriginal health that has to be delivered to first ministers in November. Our fingers are crossed that that will be a success, but I do not have a crystal ball. I am responsible for coordinating that at the national level for First Nations. It is been a daunting task. However, I think that at the end of it there will be some quite concrete recommendations for an overall new way of working across the jurisdictions, but also a new way of flowing funds to First Nations communities after what we have learned from the last several years of the health transfer and some of its limitations. Block funding is given to a community, but it is still a fixed funding envelope. There are still some stovepipe-type program frameworks at the national level that communities have to fit within, and there are new programs that are not eligible for transfer that have created fragmented administrative mechanisms.

There are a lot of reasons the potential for the RCAP and Romanow recommendations around the targeted consolidated funding have not been fully achieved. I would be happy to provide the health transfer report recommendations to you so you could take a look at that as well.

If there was a more flexible funding approach around wellness, for example, where communities could invest in areas of health determinants that contribute to poor mental health, I think that it would be highly successful. I would also agree that while some communities would purchase provincial services, or maybe even university-type services, if you look at research in the surveillance area, they would also establish centres of expertise among themselves, particularly in the area of traditional healing, and building on some of what the Aboriginal Healing Foundation has been able to provide in terms of capacity.

I do think the options are there and that the blueprint will help us in informing the future agenda for health services overall in First Nations country.

**Dr. Valaskakis:** If I may just add that I do think we have had a tremendous amount of experience in Aboriginal communities now with the development of services and capacity building through the Aboriginal Healing Foundation, and it will be a great loss to the projects. Many of them are closing, many of them have

Il faudrait permettre aux communautés et aux nations de développer leurs propres services de santé mentale.

[Traduction]

**La Dre Gideon :** Sénateur, je voulais simplement vous dire, moi aussi, qu'il existe déjà des modèles qui pourraient être le point de départ des recommandations que vous aurez à formuler. En ce moment, nous effectuons un projet massif dont vous avez certainement entendu parler, soit le plan pour la santé autochtone qui doit être présenté aux premiers ministres en novembre. Nous espérons que ce sera un succès, mais je n'ai pas de boule de cristal. Je suis responsable de la coordination de cet effort au niveau national pour l'ensemble des Premières nations. C'est un défi de taille. Mais à mon avis, cet exercice débouchera certainement sur des recommandations concrètes concernant un nouveau modèle interjuridictionnel et une nouvelle façon d'octroyer les fonds aux collectivités autochtones qui tiendra compte de ce que nous avons appris ces dernières années au sujet des limites du Transfert canadien en matière de santé. Les collectivités bénéficient de financement global, mais il s'agit toujours d'une enveloppe budgétaire fixe. Il existe encore certains cadres de programmes cloisonnés au niveau national auxquels les collectivités doivent essayer de s'adapter, et il y a aussi de nouveaux programmes qui ne peuvent être transférés à d'autres autorités, si bien que nous avons à présent des mécanismes administratifs fragmentés.

Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles le potentiel des recommandations de la CRPA et de la Commission Romanow n'a pas été réalisé en ce qui concerne l'objectif d'un financement consolidé et mieux ciblé. Je serais heureuse de vous faire parvenir les recommandations de notre rapport sur le Transfert canadien en matière de santé, pour vous permettre de les examiner.

Si nous avions des formules de financement plus souples pour les initiatives de mieux-être, par exemple, en vertu desquelles les collectivités pourraient investir dans des interventions touchant les déterminants de la santé qui contribuent à créer des problèmes de santé mentale, le résultat serait très positif, à mon avis. Je suis également d'accord pour dire que même si certaines collectivités voudraient passer par la province, ou même un modèle de type universitaire, pour obtenir les services qu'elles requièrent, les recherches menées dans le domaine de la surveillance permettent de conclure qu'elles seraient susceptibles d'établir leurs propres centres d'expertise, notamment dans le domaine de la guérison traditionnelle, de façon à renforcer les capacités créées grâce à la Fondation autochtone de guérison.

Il y a donc toutes sortes de possibilités, et ce plan nous permettra de mieux orienter les priorités futures en matière de services de santé dans les collectivités des Premières nations.

**La Dre Valaskakis :** Je voudrais simplement ajouter qu'à mon avis, les collectivités autochtones ont maintenant une vaste expérience de l'élaboration des services et du renforcement des capacités grâce à la Fondation autochtone de guérison, et elles se ressentiront de la perte de ces projets. Bon nombre d'entre eux



closed, many more will close in the next few months and years and everything will be finished in 2007. That is a huge loss to the communities.

**The Deputy Chairman:** Does that have to occur?

**Dr. Valaskakis:** It has to occur unless the Aboriginal Healing Foundation is refunded, with a new mandate, which is something that the Assembly of First Nations has spoken forcefully for through Chief Phil Fontaine. That has not happened to date, and so given the current mandate, the Aboriginal Healing Foundation will close.

There was a small amount of bridge funding given in the last budget, \$40 million; that does not even fund the projects we have now that will close. Therefore, we are not putting out a new call for applications, we are extending by one year the projects that have proven themselves in the past and were to close earlier than 2007.

That does not include all the projects that are currently funded, because, of course, we actually went out into the communities with community support workers, with gatherings right across the country, with grants that would allow people to write proposals, and finally got people involved in this process. It takes time, and so we will lose that as well when we close. We are now at the peak of our participation, which will then fall off, and we will end in 2007.

Given that we are at the peak, we could not fund all the projects with the \$40 million, and that is breaking down very quickly.

**The Deputy Chairman:** Was there ever a plan for transitional funding to convert so-called pilot projects to operational projects?

**Dr. Valaskakis:** Not in terms of the Aboriginal Healing Foundation, which just had a clear 10-year mandate, with one year to establish itself, and all the money had to be committed within a four-year process. After the commitment of that money, we were allowed to do an evaluation and then close down. That is what we are in the process of doing now. There was no long-term mandate.

**The Deputy Chairman:** There is something wrong there. The entire reason for the existence of a pilot project is to create something.

**Dr. Valaskakis:** I am not sure it was thought of as a pilot project so much, as a response to the Royal Commission on Aboriginal Peoples and the awareness that Phil Fontaine and

vont prendre fin, bon nombre d'entre eux ont déjà pris fin, et beaucoup d'autres encore prendront fin dans les prochaines mois et années, si bien que tout sera terminé en 2007. Ce sera une grave perte pour les collectivités.

**Le vice-président :** Est-ce inévitable?

**La Dre Valaskakis :** C'est inévitable à moins que la Fondation autochtone de guérison ne reçoive de nouveaux crédits avec un nouveau mandat, comme l'Assemblée des Premières nations l'a revendiqué par l'entremise de son chef, Phil Fontaine. Cela ne s'est pas produit jusqu'à maintenant, et donc quand son mandat actuel prendra fin, la Fondation autochtone de guérison cessera de mener ses activités.

Un certain financement temporaire, soit 40 millions de dollars, a été accordé dans le cadre du dernier budget; mais cette somme n'est même pas suffisante pour financer les projets qui sont actuellement en cours et qui devront prendre fin. Par conséquent, nous n'avons pas l'intention de faire un nouvel appel de demandes, et nous prolongeons d'un an les projets qui ont fait leurs preuves par le passé et devaient prendre fin avant 2007.

Cela ne comprend pas tous les projets actuellement financés parce que nous avons évidemment été nous-mêmes dans les collectivités, accompagnés d'intervenants communautaires, et nous avons organisé des rencontres d'un bout à l'autre du pays et donné des subventions qui permettraient aux gens de préparer des propositions, si bien que les gens ont vraiment participé étroitement à ces activités. Tout cela prend du temps, et nous allons perdre ce que nous avons créé jusqu'à présent sur ce plan-là quand notre mandat prendra fin. Nous avons maintenant atteint notre maximum en ce qui concerne la participation à nos activités, et le niveau d'activités va nécessairement aller en diminuant petit à petit jusqu'au moment où notre mandat prendra fin en 2007.

Comme la participation a maintenant atteint un maximum, il n'a pas été possible de financer tous les projets avec les 40 millions de dollars qui nous ont été octroyés, et les crédits disponibles disparaissent très rapidement.

**Le vice-président :** Est-ce qu'il a jamais été question de financement provisoire en vue de convertir ce qu'on pourrait appeler des projets pilotes en projets opérationnels?

**La Dre Valaskakis :** Pas en ce qui concerne la Fondation autochtone de guérison, dont le mandat est d'une durée de 10 ans, y compris un an pour créer sa structure, et le fait est que tout l'argent devait être engagé dans une période de quatre ans. Après l'engagement des crédits disponibles, on nous a permis de faire une évaluation avant de mettre un terme à nos activités. Voilà ce que nous sommes en train de faire maintenant. Il n'a jamais été question d'un mandat à long terme.

**Le vice-président :** Mais il y a quelque chose qui cloche dans tout cela. Les projets pilotes ont justement pour raison d'être de créer quelque chose.

**La Dre Valaskakis :** Je ne suis pas sûre que la Fondation ait été considérée au départ comme un projet pilote; il s'agissait davantage de réagir aux recommandations de la Commission

others brought to residential schools. It was one response to that on the part of the government, and a very short-term one.

**Senator Gill:** I think Jules mentioned that for pilot projects for Aboriginal people, no follow-up study is done with respect to the results. Some of them get good results, but there is no repeat and it all falls apart. That is why we have to be insistent.

**Dr. Valaskakis:** We do have a tremendous amount of research to show the results.

**The Deputy Chairman:** I know.

**Dr. Valaskakis:** We have so many research projects to look at, and the national evaluations, so it is really important.

**The Deputy Chairman:** I think we should give some serious consideration, honourable senators, to a recommendation in that area, but we need some help. This is an absolute minefield, trying to sort through this at this time. My own surgical mind simplifies it quickly — give the money to the fund holders of the Aboriginal peoples and let them buy the services they need from whomever.

[Translation]

**Ms. Wood:** The issue raised by Dr. Valaskakis is a very important one, in the sense that because project funding is not recurring, that has a tendency to perpetuate the acute social crises being experienced by these communities. The fact is we're always responding to a crisis.

**Senator Pépin:** Right.

**Ms. Wood:** What constantly happens is, if we develop a project, we receive funding for a few months — a year at most. So it becomes very difficult to develop effective prevention and promotion programs aimed at the longer term that would enable the community to get back on its feet, as well as allowing for earlier detection and intervention with children and youth.

The lack of recurring funding for projects developed by and for First Nations and Aboriginal peoples results in multidimensional issues that are very complex.

**Senator Pépin:** So, there is no continuity whatsoever?

**Ms. Wood:** There is no continuity. It's very difficult.

[English]

**Senator Gill:** Dr. Gideon, I want to mention that the chairman of our committee would like to make some strong recommendations on Aboriginal health. The report has to be produced. I do not know if we will have time when we come back

royale sur les peuples autochtones et à la prise de conscience dont Phil Fontaine et d'autres ont été les instigateurs en ce qui concerne les pensionnats. C'était un élément de la réponse du gouvernement, et c'était un élément de réponse de courte durée.

**Le sénateur Gill :** Je pense que Jules a mentionné tout à l'heure qu'aucune évaluation de suivi n'est effectuée en vue d'examiner les résultats de projets pilotes visant les peuples autochtones. Certains projets débouchent sur des résultats positifs, mais il n'y a pas de suivi et tout s'effondre. Voilà pourquoi il faut vraiment insister.

**La Dre Valaskakis :** Nous avons énormément de recherche qui démontre les résultats positifs de ces projets.

**Le vice-président :** Oui, je sais.

**La Dre Valaskakis :** Nous avons tellement de projets de recherche à examiner, de même que les évaluations nationales que nous avons préparées; c'est donc vraiment important.

**Le vice-président :** Honorables sénateurs, je pense que nous devrions sérieusement envisager de faire une recommandation à ce sujet, mais nous avons besoin d'aide. Essayer d'y voir clair, c'est s'engager sur un véritable champ de mines. En tant que chirurgien, j'ai tendance à simplifier la chose à outrance — pour moi il s'agirait de donner l'argent directement à ceux qui reçoivent les crédits au nom des peuples autochtones et leur permettre d'obtenir les services qui leur faut auprès des fournisseurs qui leur semblent appropriés.

[Français]

**Mme Wood :** La problématique qui est soulevée par le Docteur Valaskakis est très importante dans le sens où ce manque de récurrence au niveau du financement de projets va souvent entretenir le niveau aigu de crises sociales à l'intérieur des communautés. Parce qu'on est toujours en réponse aux crises.

**Le sénateur Pépin :** Exact.

**Mme Wood :** Constamment. Si on développe un projet, on a le financement pour quelques mois, un an tout au plus. Par la suite c'est bien difficile d'établir des programmes de prévention et de promotion efficaces permettant de travailler à long terme et éventuellement, permettre à la communauté de reprendre son souffle, et permettre aussi le dépistage et des interventions précoces auprès des enfants puis des jeunes.

Le manque de financement récurrent pour les projets qui sont développés par et pour les gens des Premières nations et les Autochtones, c'est vraiment multiproblématique et très complexe

**Le sénateur Pépin :** Il n'y a pas de continuité du tout?

**Mme Wood :** Il n'y a pas de continuité. C'est très difficile.

[Traduction]

**Le sénateur Gill :** Docteur Gideon, je tiens à vous faire savoir que le président du comité voudrait faire des recommandations énergiques au sujet de la santé des Autochtones. Ce rapport est encore à rédiger. Je ne sais pas si nous aurons le temps à notre



in September to have a meeting with the people concerned, but we can all make good recommendations that will serve the people.

**The Deputy Chairman:** Senator Kirby and I have discussed this dilemma at some length. The big problem that I see here is how to get a simplified flow of funding to Aboriginal fund holders. Believe me, the provincial ministers of health do not want to hear about that, but I do not think the problems we are talking about will ever be overcome until that happens.

On the other hand, you are highly dependent now on services that the provinces provide, and then get reimbursed for in some willy-nilly fashion.

**Senator Gill:** There is no simple solution; it is always a bit complicated. It is easy for the federal government to give the money to the provincial governments, but the most important thing is to make sure that the people are receiving services. Believe me, that is not always the case. It is not that I do not believe in the provincial governments, but the situation is so different that it is difficult for the provincial governments to get all the money and all the services to the people.

Provincial governments are already receiving money through this system to provide services to Aboriginal people, yet look at the situation. We have to change the current situation, which means that the provincial ministers may have to apply some pressure, but that is not the way we should go.

**The Deputy Chairman:** No. They are absolutely convinced that they can take care of all the services for the Aboriginal people if the federal government would just give them the money.

**Senator Trenholme Counsell:** It varies from province to province, I think.

**Senator Gill:** It varies, yes, but we should ask the people who are receiving services elsewhere in other provinces if they are satisfied.

**The Deputy Chairman:** Well, we had good presentations, particularly from Saskatchewan and Manitoba.

**Senator Gill:** In Winnipeg, yes.

**Ms. Gideon:** I would suggest that it is not an all-or-nothing proposal. There has been a real openness in the context of the blueprint process to airing some of the issues with respect to clarifying roles and responsibilities in different areas. I am very aware of the tensions there. The new committee that First Nations and Inuit Health Branch organized does have representatives

retour en septembre de nous réunir avec les personnes concernées, mais nous pouvons certainement préparer de bonnes recommandations qui sont dans leur intérêt.

**Le vice-président :** Le sénateur Kirby et moi-même avons longuement discuté de ce dilemme. Le gros problème auquel nous sommes confrontés à mon avis est de savoir comment définir une formule simple d'octroi direct des crédits aux responsables autochtones. Je peux vous garantir que les ministres provinciaux de la santé ne veulent rien savoir de tout cela, mais en même temps, je suis convaincu que nous ne réussirons jamais à régler les problèmes dont il est question aujourd'hui tant que cela n'aura pas été fait.

Par contre, vous dépendez beaucoup des provinces à l'heure actuelle pour les services qu'ils vous assurent et pour lesquels vous êtes ensuite remboursés un peu n'importe comment.

**Le sénateur Gill :** Il n'y a pas de solution simple; ce genre de choses est toujours assez compliqué. Le gouvernement fédéral peut facilement octroyer les crédits aux administrations provinciales, mais ce qui compte, c'est de s'assurer que les gens reçoivent les services dont ils ont besoin. Je peux vous garantir que ce n'est pas toujours le cas. Il ne faut pas croire que je ne fais pas confiance aux gouvernements provinciaux, mais le fait est que la situation est si différente d'un endroit à l'autre qu'il leur est difficile de garantir que tout l'argent et tous les services arrivent bien chez ceux qui en ont besoin.

Les gouvernements provinciaux reçoivent déjà certaines sommes par le biais de ce système pour assurer des services aux peuples autochtones, mais il suffit de regarder la situation actuelle. Il faut absolument changer les choses, ce qui veut dire que les ministres provinciaux devront peut-être exercer des pressions, même si ce n'est pas nécessairement la solution à retenir.

**Le vice-président :** Non. Ils sont tout à fait convaincus de pouvoir fournir tous les services requis aux peuples autochtones si le gouvernement fédéral leur donne l'argent dont ils ont besoin.

**Le sénateur Trenholme Counsell :** Cela varie d'une province à l'autre, je crois.

**Le sénateur Gill :** Oui, cela varie d'une province à l'autre, mais il faudrait tout de même demander à ceux qui reçoivent des services dans d'autres provinces s'ils sont satisfaits de la situation actuelle.

**Le vice-président :** Eh bien, les exposés qu'on nous a faits en Saskatchewan et au Manitoba étaient très bons.

**Le sénateur Gill :** À Winnipeg, oui.

**La Dre Gideon :** À mon avis, ce n'est pas tout ou rien. Nous avons noté une grande ouverture dans le contexte de l'élaboration du plan, à l'exploration des différents problèmes relatifs à la définition des rôles et responsabilités des uns et des autres dans différents domaines. Je suis tout à fait consciente des tensions qui sont présentes. Le nouveau comité organisé par la Direction

from the FPT advisory committees, the Canadian Mental Health Association and other people who appear to be supportive of listening to what would make sense and would work better.

In 2003, the first ministers agreed to report back on their performance with respect to Aboriginal health through the Aboriginal Health Reporting Framework, and that is another mechanism through which they feel that there needs to be better accountability for the monies that they already receive. The idea of establishing some strategic linkages between First Nations organizations and communities that would hold the funding remains the AFN's recommendation, obviously. I do think that that is possible, for the benefit of all jurisdictions involved, and to improve the overall quality and health status outcomes of First Nations.

If the prevention services are not effective at a community level, the provinces will just incur more expenditure down the road for individuals who have severe, acute problems or require hospitalization and so forth.

There is an interest for everyone involved here in terms of improving the quality of care. I believe that there can be a resolution and some common understanding.

During the blueprint process, it was established that there needed to be three separate streams — First Nations, Inuit and Métis. The leaders of all of those agree that that is the only way it can work because of the uniqueness of each of the peoples, but also because of the different settings and jurisdictional issues.

For example, although I do not want to speak on behalf of Métis, they currently only receive services from the provincial levels of government. Therefore, the kind of issue that they would be raising would be different from the kind of position that I would be putting forward. If you wish to organize a meeting to formulate recommendations, we would be very interested in helping, in providing any kind of assistance, and, of course, participating. The recommendations would be more effective and practical if they were unique to each of the First Nations, Inuit and Métis groups.

**The Deputy Chairman:** In Manitoba and Saskatchewan the native populations off reserve are quickly outgrowing the non-native population, so there is another situation. Their health care is paid for out of the provincial budget if they are off the reserve?

**Dr. Gideon:** The Federation of Saskatchewan Indian Nations, as an example, provides services to off-reserve members. First Nations governments are responsible for extending services to their members living both on and off reserve. The difficulty is that they are not resourced for that purpose in most cases, so they have to make some decisions.

générale de la santé des Premières nations et des Inuits comprend des représentants des comités consultatifs F-P-T, de l'Association canadienne pour la santé mentale et d'autres intervenants et tous semblent favorables à l'idée d'explorer d'autres possibilités qui ont plus de sens et donneraient de meilleurs résultats.

En 2003, les premiers ministres ont convenu de faire rapport sur leur prestation en ce qui concerne la santé des Autochtones par le biais du Cadre visant la préparation de rapports comparables sur l'état de santé des Autochtones, et voilà donc un autre mécanisme qui peut servir à leur avis à rehausser la responsabilisation vis-à-vis des crédits qu'ils reçoivent déjà. L'idée d'établir des liens stratégiques entre les organisations et collectivités des Premières nations qui seraient chargées d'administrer les fonds émane évidemment de l'APN. À mon avis, ce serait tout à fait possible et toutes les administrations en bénéficieraient, sans parler de l'amélioration de la qualité globale des services et de l'état de santé des membres des Premières nations qui en résulterait.

Si les services de prévention ne sont pas efficaces au niveau communautaire, les provinces devront engager d'autres dépenses par la suite pour soigner les personnes atteintes de problèmes graves ou aigus qui peuvent avoir besoin d'être hospitalisées, et cetera.

À mon sens, c'est dans l'intérêt de tout le monde d'améliorer la qualité des soins. Il est possible selon moi de trouver un terrain d'entente et d'arriver à une solution dans ce domaine.

Pendant la préparation du plan, il a été déterminé qu'il fallait trois volets distincts — Premières nations, Inuits et Métis. Les dirigeants des trois groupes concernés sont tous d'accord pour dire que c'est indispensable en raison de l'unicité des différents peuples, des différences entre leurs milieux, et de questions de compétence.

Par exemple, même si je ne prétends pas parler pour les Métis, je sais qu'à l'heure actuelle, ces derniers ne reçoivent des services que des gouvernements provinciaux. Par conséquent, les problèmes qu'ils pourraient soulever seraient différents de ceux que je vous présenterai. Si vous voulez organiser une réunion pour formuler des recommandations, nous serions très intéressés à vous aider ou à fournir l'aide dont vous pourriez avoir besoin, et bien sûr, à participer à cet effort. Les recommandations seraient plus efficaces et plus pratiques si elles visaient chacun des trois groupes, soit les Premières nations, les Inuits, et les Métis, individuellement.

**Le vice-président :** Au Manitoba et en Saskatchewan, les populations autochtones hors réserve deviennent rapidement plus importantes que la population non autochtone, ce qui correspond à une autre situation. Leurs soins de santé sont payés à partir du budget provincial s'ils sont hors réserve, n'est-ce pas?

**La Dre Gideon :** La Fédération of Saskatchewan Indian Nations, par exemple, assure des services à ses membres vivant en dehors de la réserve. Les gouvernements autochtones sont chargés d'assurer des services à leurs membres vivant dans la réserve et en dehors. Le problème, c'est que ces derniers n'ont pas les ressources nécessaires pour le faire dans la plupart des cas, si bien qu'ils sont obligés de faire des choix difficiles.



For example, in post-secondary education funding, they have to have a list of priorities, and so the band councils have to make decisions based on those. They are not resourced to look after their entire population, particularly in the area of health.

First Nations governments are ready and willing to deliver services to their off-reserve membership, and some do. Some communities and organizations can actually accomplish that now.

**Senator Gill:** I think we have to consider the fact that the old policies led to a kind of integration or assimilation, so more people are moving off the reserves. The government was really pushing that; we have to admit it. They were pushing that to reduce the population on reserves, but it creates a lot of problems.

**The Deputy Chairman:** Currently, in Saskatoon and Winnipeg, as I understand it, if an Aboriginal person requires health care, the individual simply goes to the medical centre and it is paid for by the province, period. Am I right or wrong?

**Dr. Gideon:** It depends, because tribal councils also deliver health and social services in Saskatoon. Again, if you were Métis, it would be different, and there may be an Inuit person living in Saskatoon, I do not know. However, if you were a First Nations person, you would probably go to the Saskatoon Tribal Council, to their health and social services department.

**The Deputy Chairman:** If First Nations had their way, would they cover all the health needs of the people in Saskatchewan and Manitoba, rather than maintain the mix that exists now?

**Dr. Gideon:** I would say the great majority would. Some of them are not as ready as others to carry it out at that level. I think that there need to be, as Jules was saying, provisional types of arrangements for some of those communities and organizations that may never have played that kind of role before. I would say more than half would be ready tomorrow, but they would need flexibility in allocating funding to where the needs are, the proper infrastructure, both capital and information-wise, and technology. They would need the kind of technological infrastructure that would allow them to have the proper systems in place for monitoring and so forth. It would need some openness from the provincial level so that they could negotiate those linkages.

There are a lot of things that they currently do not have that they would need to really be effective. They would need to fill out less than a thousand reports a year around administration and finances.

Par exemple, s'agissant du financement de l'éducation postsecondaire, il y a une liste de priorité et les conseils de bandes doivent prendre leurs décisions en fonction de cette liste. Les gouvernements autochtones ne possèdent pas les ressources nécessaires pour s'occuper de toute leur population, notamment dans le domaine de la santé.

Les gouvernements autochtones sont tout à fait disposés à fournir les services à leurs membres vivant en dehors de la réserve, et certains d'entre eux le font. Certaines collectivités et organisations sont déjà en mesure de le faire.

**Le sénateur Gill :** À mon avis, il faut tenir compte du fait que les anciennes politiques ont conduit à une sorte d'intégration ou d'assimilation, de sorte que plus de gens quittent la réserve à présent. Le gouvernement insistait beaucoup là-dessus; il faut bien l'admettre. Le gouvernement voulait réduire la population autochtone dans les réserves, mais il est certain que cela crée toutes sortes de problèmes.

**Le vice-président :** À l'heure actuelle, à Saskatoon ou à Winnipeg, d'après ce que j'ai pu comprendre, un Autochtone qui a besoin de se faire soigner n'a qu'à s'adresser à un centre médical et les services ou soins qu'il reçoit sont payés par la province, un point c'est tout. Est-ce que je me trompe?

**La Dre Gideon :** Cela dépend, parce que les conseils tribaux assurent également des services de santé et sociaux à Saskatoon. Encore une fois, si vous êtes Métis, c'est différent, et il est possible que des Inuits vivent à Saskatoon — je ne sais pas. Cependant, si vous êtes membre d'une Première nation, vous allez sans doute vous adresser à la section des services de santé et sociaux du Conseil tribal de Saskatoon.

**Le vice-président :** Si les Premières nations pouvaient choisir, préféreraient-elles être en mesure de répondre à tous les besoins en matière de santé de leurs membres en Saskatchewan et au Manitoba, au lieu de maintenir le système hybride qui existe actuellement?

**La Dre Gideon :** À mon avis, ce serait effectivement la préférence de la grande majorité des Premières nations. Certaines d'entre elles ne sont pas aussi prêtes que d'autres à fournir une aussi vaste gamme de services. Comme le disait Jules, il faut prévoir des arrangements intérimaires pour les collectivités et organisations qui n'ont jamais encore joué ce genre de rôle. Je dirais que plus de la moitié des nations seraient prêtes à le faire dès demain, mais il leur faudrait une certaine marge de manoeuvre pour être à même de distribuer les fonds là où les besoins sont les plus importants, et pour prévoir l'infrastructure aux niveaux des capitaux, de l'information et de la technologie. Il leur faudrait le genre d'infrastructure technologique permettant d'établir les systèmes appropriés de suivi et de contrôle, etc. Et il faudrait que les autorités provinciales soient disposées à négocier la création de liens de ce genre.

Il y a beaucoup de choses que les collectivités ne possèdent pas actuellement et qu'il leur faudrait posséder pour travailler efficacement. Par exemple, il faudrait cesser d'exiger qu'elles remettent mille rapports par an sur l'administration et les finances.

**Senator Gill:** Most of the time, the bands obtain financing on the basis of people living on reserve. Those who are living off reserve on a permanent basis have their Indian status, they are part of a band and they have their number. However, the government does not cover them. That is another problem. We have to make a distinction between the Metis people and the status Indians living outside the reserve. It is complicated.

**The Deputy Chairman:** We have really laboured on this point, but it is something we are having trouble clarifying in our minds, at least Senator Kirby and I. This has been very helpful.

**Senator Callbeck:** I wanted to come back to the Aboriginal Healing Foundation. I believe you said that before it started, less than 10 per cent had ever gotten any healing services. Now, obviously this has had a tremendously positive impact on the community, but I see here there is a 36 per cent waiting list. Is that 36 per cent of the projects, or 36 per cent of what?

**Dr. Valaskakis:** That is 36 per cent above those who are currently being served. This information comes from a national survey, and the first piece comes from individual participant questionnaires, of which we have about 1,500, and they were asked whether or not they had ever accessed healing services before.

Your second question refers to the national surveys. We asked whether the projects that we fund had waiting lists, and to what extent they could serve others, were they funded to do so. You have to realize that given the funding we had and the needs, we did not fund on the basis of need, but on the basis of the money we could allocate. Many of these projects would have worked with many more people if they had had the funding to do so, and that is where that number comes from.

**Senator Callbeck:** You say the funds are fully committed now?

**Dr. Valaskakis:** The funds are fully committed.

**Senator Callbeck:** But a lot of people were left out?

**Dr. Valaskakis:** A great many people were left out, very sad people, calling us often. I remind you that this issue is well understood by our board and our chair. The chair of our board and our CEO is George Erasmus, the Co-Chair of the Royal Commission on Aboriginal Peoples; and our executive director is Dr. Mike Desgagné, who has worked in Health Canada and in addictions for many years. They are very informed, and if either of them could be helpful with regard to your mandate, I am sure they would be very pleased to do so.

**Le sénateur Gill :** La plupart du temps, les bandes sont financées en fonction du nombre de personnes qui vivent dans la réserve. Celles qui vivent hors réserve en permanence gardent leur statut d'Indienne inscrite, continuent de faire partie de la bande et gardent leur numéro. Mais le gouvernement ne leur assure pas des services. Ça, c'est un autre problème. Il faut faire une distinction entre les Métis et les Indiens inscrits vivant en dehors de la réserve. C'est compliqué.

**Le vice-président :** Nous avons vraiment beaucoup réfléchi à cette question, mais c'est parce que nous avons du mal à y voir clair — du moins le sénateur Kirby et moi. Cette discussion a été fort utile.

**Le sénateur Callbeck :** Je voudrais revenir sur la Fondation autochtone de guérison. Si je ne m'abuse, vous avez dit qu'avant la création de la Fondation, moins de 10 p. 100 des participants avaient bénéficié de services de guérison. Il est clair que vos activités ont eu un impact très positif sur les collectivités, et je constate aussi qu'il est question ici d'une liste d'attente correspondant à 36 p. 100. S'agit-il de 36 p. 100 des projets? C'est 36 p. 100 de quoi au juste?

**La Dre Valaskakis :** Il s'agit de 36 p. 100 de plus par rapport à ceux qui sont actuellement desservis. Cette information émane d'une enquête nationale, et les premiers éléments d'information sont tirés des réponses aux questionnaires remplis par les participants individuels, dont nous en avons environ 1 500; on leur a demandé s'ils avaient déjà pu bénéficier de services de guérison.

Votre deuxième question concerne les enquêtes nationales. Nous avons demandé dans quelle mesure il existe des listes d'attente pour participer aux projets que nous finançons, et dans quelle mesure il serait possible d'accroître la participation si les responsables de ces projets disposaient des crédits nécessaires. Vous devez vous rendre compte que vu notre financement et les besoins dans ce domaine, nous n'avons pas pris la décision de financer un projet en fonction des besoins, mais plutôt en fonction de l'argent que nous avons à notre disposition. Pour bon nombre de ces projets, il aurait été possible d'inclure beaucoup plus de participants si les fonds disponibles avaient été suffisants, et c'est à cela que correspond ce chiffre.

**Le sénateur Callbeck :** Vous dites que les fonds sont pleinement engagés à l'heure actuelle?

**La Dre Valaskakis :** En effet.

**Le sénateur Callbeck :** Et que beaucoup de gens ont été exclus?

**La Dre Valaskakis :** Beaucoup de gens ont été exclus — des gens très tristes qui nous appelaient souvent. Je vous rappelle que cette question est bien comprise par notre conseil et par notre président. Le président du conseil d'administration et notre PDG est George Erasmus, coprésident de la Commission royale sur les peuples autochtones; notre directeur général est le Dr Mike Desgagné, qui a travaillé à Santé Canada et est actif dans le domaine du traitement des toxicomanies depuis bien des années. Ils sont très bien informés et si l'un ou l'autre d'entre eux pourrait vous aider en ce qui concerne votre mandat, je suis sûre qu'il serait ravi de le faire.



**Senator Callbeck:** Valerie, you talked about telehealth, that you have three projects under way. Could you talk a little about those, and are you getting good results?

**Dr. Gideon:** Just to clarify, the only tele-mental health project that I am aware of in First Nations communities is in Keewaytinook Okimakanak, our K-Net, which was a pilot project funded by Health Canada, and it also received some provincial dollars through Ontario's NORTH Network. They did a preliminary evaluation, which is on their website, and I can send that to you. It was quite qualitative in nature because they have only been operating for a couple of years, and there are no good evaluation models for telehealth to begin with, so it is challenging.

There are very few telehealth projects in First Nations communities because there is no program to fund telehealth at the federal level, so they are dependent on whether a province is willing to include them in their networks, and that is the case only in Manitoba, which has started to extend their service, and Alberta, and I understand New Brunswick has a strategic plan in place to do so.

Again, it is based on whatever the provincial network is, and it might not serve the needs of First Nations communities. They do not have the option of specifying the basket of services they would like to receive, and there is no sustainable funding in those cases either.

There is a large network of First Nations telehealth sites in Alberta, which again is a pilot project and could end at any time. There are not a lot of tele-mental health experiences, certainly that I am aware of. We are trying to work with Canada Health Infoway. However, I do not know if you are aware that we are also excluded from Canada Health Infoway. There is absolutely no funding from Infoway that has gone or can go to the federal government, and therefore to First Nations. They are looking at a mechanism to fund First Nations directly, but even though we have been lobbying them just like everybody else for the last several years, since their establishment, we have not yet been successful.

They have identified First Nations as a priority in their telehealth plan, but we have had to push and push, and we are having our first meeting with them tomorrow to discuss what that could mean. It is very difficult, when we are not recognized at the outset of a national initiative such as that, to be visible and able to access funding.

**Le sénateur Callbeck :** Valerie, vous avez parlé de télésanté, et vous disiez que vous avez trois projets en cours. Pourriez-vous nous les décrire un peu, et nous dire si vous obtenez de bons résultats?

**La Dre Gideon :** Pour que ce soit bien clair, le seul projet de télésanté mentale actuellement en cours dans les collectivités autochtones est celui qui se déroule en ce moment à Keewaytinook Okimakanak, soit le projet d'élaboration du K-Net, un projet pilote financé par Santé Canada qui a également reçu des crédits par l'entremise du NORTH Network créé en Ontario. Ils ont fait une évaluation préliminaire, qui figure actuellement sur leur site Web, et je pourrais vous la faire parvenir. Il s'agissait surtout d'une évaluation qualitative, puisque ce réseau existe depuis un ou deux ans seulement, et comme il n'y a pas de bons modèles d'évaluation des services de télésanté de toute façon, c'est un peu difficile.

Il y a très peu de projets de télésanté dans les collectivités autochtones parce qu'il n'y a pas de programme permettant de financer les réseaux de télésanté au niveau fédéral, si bien qu'elles doivent convaincre la province de les inclure dans leurs réseaux; pour le moment, c'est le cas seulement au Manitoba, qui a accepté d'élargir son service, et en Alberta aussi, et je crois savoir que le Nouveau-Brunswick a adopté un plan stratégique en vue de faire la même chose.

Encore une fois, tout dépend du réseau provincial qui existe, et de toute façon, ce réseau peut ne pas répondre aux besoins des collectivités autochtones. Ces dernières n'ont pas la possibilité d'indiquer quelle gamme de services elles voudraient recevoir, et aucun financement permanent n'est disponible non plus dans ces cas-là.

Il existe un grand réseau de sites autochtones de télésanté en Alberta, mais encore une fois, il s'agit d'un projet pilote qui pourrait prendre fin à n'importe quel moment. L'expérience en matière de services de télésanté mentale est très limitée, selon ce que je sais de ce genre d'expérience. En ce moment, nous essayons d'établir une collaboration avec Inforoute Santé du Canada. Mais je sais pas si vous êtes au courant du fait que nous avons également été exclus du réseau d'Inforoute Santé du Canada. Aucun financement n'a été accordé par Inforoute Santé du Canada au gouvernement fédéral, et ce n'est pas non plus possible, si bien que les Premières nations ne pourront non plus en bénéficier. On cherche actuellement à établir un mécanisme qui permettrait de financer directement les Premières nations, mais même si nous faisons beaucoup de lobbying, comme tous les autres, depuis quelques années, c'est-à-dire depuis la création de cet organisme, nos efforts n'ont pas encore porté des fruits.

Leur plan de télésanté indique que les services aux Premières nations sont une priorité, mais nous avons vraiment dû insister pour obtenir quelque chose, et nous aurons demain notre première rencontre avec les responsables pour discuter de ce que cela pourrait signifier pour nous. Quand notre droit de participer à une initiative nationale comme celle-là n'est pas reconnu dès le départ, il nous est très difficile d'accroître notre visibilité et d'obtenir du financement.

**Senator Callbeck:** Jules, you talked about the centre for youth, 12 to 18, that was set up to deal with youth with drug problems, and now they are finding a lot of mental health problems.

Are you saying that the mental health problems are increasing, or were a lot of them just never recognized before?

[Translation]

**Mr. Picard:** Over the last two years, the Treatment Centre's mental health clientele has increased. They are obliged to treat these cases as a priority. Even though they are not mandated to treat these problems, youth are referred to the Centre for help with mental health issues.

The funding which allows the Treatment Centre to keep operating comes from Health Canada. It is a First Nations Treatment Centre, and the rise in mental health cases is of tremendous concern to us.

**Senator Pépin:** Senator Callbeck asked the following question: Are we talking about cases that existed previously but had not been detected? Are we talking about a detection issue, in the sense that these were deemed to be cases involving drug use?

**Mr. Picard:** There is no doubt that in terms of detection, it is in the process of carrying out case studies that they realize that a youth is experiencing a mental health problem that is clearly linked to drug addiction and vice versa.

But as I was saying, it is not only at the Treatment Centres, but across the child protection system and within the communities as well. Someone was telling me that a large percentage of youths reported for behavioural problems are actually experiencing mental health problems.

They realize this when they carry out their assessment. These young people are obviously referred. But there is shared jurisdiction in this area. The ministry pays for social services. When a youth is experiencing mental health problems and a treatment is prescribed, the Ministry steps back, because it only pays for things related to social problems.

That means we have to go after Health Canada for the authorization to treat this youth. There again, it is a case of medication.

**Ms. Wood:** The real issue is early detection, which is something that is practically impossible to do. As I was saying, youths and even adults receive emergency assistance, but not when the problem first appears; rather when it is most acute.

That results in the need for high levels of services within the communities. And that eventually affects the health and social services system. It becomes very difficult to control and manage.

**Le sénateur Callbeck :** Jules, vous avez parlé du centre de la jeunesse destiné aux enfants âgés de 12 à 18 ans qui a été mis sur pied pour aider les jeunes qui ont des problèmes de toxicomanie; vous disiez qu'ils constatent à présent que les problèmes de santé mentale sont très fréquents.

Est-ce que vous nous dites que les problèmes de santé mentale sont en hausse, ou si l'on en observe davantage actuellement, serait-ce parce qu'on ne les avait pas dépistés auparavant?

[Français]

**M. Picard :** Au centre de traitement, au cours des deux dernières années, la clientèle en santé mentale a augmenté. Ils sont obligés de donner priorité à ces cas-là. Ils ne sont pas habilités à les traiter, mais il y a quand même un travail de référence qui se fait avec les jeunes au Centre pour intervenir en santé mentale.

Pour le maintien de ce Centre de traitement, le financement provient de Santé Canada. C'est un Centre de traitement pour les Premières nations, et la hausse des cas en santé mentale est très inquiétante pour nous.

**Le sénateur Pépin :** Le sénateur Callbeck demandait la question suivante : est-ce que ces cas existaient auparavant et n'auraient pas été détectés ? Serait-ce une erreur de dépistage, croyant que c'était plutôt des cas reliés avec la consommation de drogue ?

**M. Picard :** C'est sûr qu'au niveau du dépistage, que c'est lors des études de cas qu'ils s'aperçoivent qu'un jeune est aux prises avec un problème de santé mentale, qui est évidemment relié à la toxicomanie et vice-versa.

C'est non seulement, comme je l'ai dit, au niveau des Centres de traitement, mais dans le réseau de protection de l'enfance et au niveau des communautés. On me faisait part qu'il y avait un haut taux de jeunes qui sont signalés pour des troubles de comportement et qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Ils s'en aperçoivent quand ils font l'évaluation de ces signalements. Ces jeunes sont évidemment référés. Mais il y a une dualité dans la juridiction. Le ministère paye au niveau des services sociaux. Lorsqu'un jeune est aux prises avec des problèmes de santé mentale et qu'on prescrit un traitement, le ministère recule étant donné qu'il paye seulement pour les problèmes sociaux.

Il faut alors courir après des autorisations de Santé Canada pour dire que le jeune doit être traité. Encore là, c'est un cas de médication.

**Mme Wood :** Le problème reste au niveau du dépistage précoce qui est à peu près impossible à faire. Comme je le mentionnais, les jeunes et même les adultes vont recevoir de l'aide en urgence, pas au moment où la problématique apparaît mais alors qu'elle est à son niveau le plus élevé.

Se produit alors un débordement des services à l'intérieur des communautés. Et cela affecte éventuellement, le système de la santé et des services sociaux. Cela devient très difficile à contrôler et à gérer.



I had one case involving a youth who showed signs of schizophrenia. He was going to be 18 in a few months. Nobody wanted to pay for him to receive rehabilitation services, and he needed help over the long term.

One month of therapy was not enough for that youth to deal with his addiction and mental health problems. No one wanted to pay for him. We fought with Health Canada and with the insurance company. The provincial ministry did not want to have anything to do with it either, which made things very difficult.

So, we are talking about jurisdictional issues as regards the systems and organizations in place. That has repercussions for the individuals and families that are having trouble looking after their youth or family members experiencing these problems.

The committee is adjourned.

J'ai eu affaire à un jeune qui présentait une problématique de schizophrénie. Il était sur le point d'avoir 18 ans, quelques mois plus tard. Personne ne voulait payer pour qu'il ait un service de réadaptation, et ça lui prenait du long terme.

Un mois de thérapie était insuffisant pour que ce jeune puisse passer au travers de sa problématique de toxicomanie et de maladie mentale. Personne ne voulait payer pour ce jeune. Nous nous sommes battus avec Santé Canada et avec les assurances. Le ministère provincial ne voulait rien savoir, alors, c'était très difficile.

On parle de problèmes de juridiction pour les systèmes, pour les organisations. Et cela a des répercussions sur les individus et sur les familles qui ont de la difficulté à prendre soin de leurs jeunes ou de leurs proches qui vivent avec de telles problématiques.

La séance est levée.





**Tuesday, June 21, 2005 (afternoon meeting)**

*College of Family Physicians:*

Dr. Louise Nasmith, President Elect and Chair of the Board of Directors.

*University Health Network:*

Dr. Sidney Kennedy, Psychiatrist in Chief.

*Social Services Centre of Sept-Îles:*

Dr. Manon Charbonneau, Psychiatrist.

*First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission:*

Jules Picard, Social Services Coordinator;

Isabelle Wood, Social Crisis Issues Technical Coordinator.

*Assembly of First Nations:*

Dr. Valérie Gideon, Director of Health and Social Development.

*Aboriginal Healing Foundation:*

Dr. Gail Valaskakis, Director of Research.

**Le mardi 21 juin 2005 (séance de l'après-midi)**

*Collège des médecins de famille :*

La docteure Louise Nasmith, présidente désignée et présidente du conseil d'administration.

*University Health Network :*

Le docteur Sidney Kennedy, psychiatre en chef.

*Centre des services sociaux de Sept-Îles :*

La docteure Manon Charbonneau, psychiatre.

*Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador :*

Jules Picard, coordonnateur des services sociaux ;

Isabelle Wood, coordonnatrice technique sur les questions des crises sociales.

*Assemblée des Premières nations :*

La docteure Valérie Gideon, directrice, Service de santé et du développement social.

*Fondation autochtone de guérison :*

La docteure Gail Valaskakis, directrice de la recherche.



If undelivered, return COVER ONLY to:  
Public Works and Government Services Canada –  
Publishing and Depository Services  
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –  
Les Éditions et Services de dépôt  
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

#### WITNESSES

**Tuesday, June 21, 2005 (morning meeting)**

*McGill University:*

Dr. Norman Hoffman, Director, Student Mental Health Service.

*Institutes of Neurosciences, Mental Health and Addiction, Douglas Research Centre:*

Dr. Rémi Quirion, Scientific Director.

*Home-Based Spiritual Care:*

Sister Mangalam Lena.

*As an individual:*

Michelle Dawson.

*Au coeur des familles agricoles:*

Maria Labrecque Dushesneau.

*L'Abri en Ville:*

Audrey Bean, Copresident.

(Continued on previous page)

#### TÉMOINS

**Le mardi 21 juin 2005 (séance du matin)**

*Université McGill :*

Le docteur Norman Hoffman, directeur, Services de santé mentale pour les étudiants.

*Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies Centre de recherche de l'Hôpital Douglas :*

Le docteur Rémi Quirion, directeur scientifique.

*Home-Based Spiritual Care :*

Sœur Mangalam Lena.

*À titre personnel :*

Michelle Dawson.

*Au cœur des familles agricoles :*

Maria Labrecque Dushesneau.

*L'Abri en Ville :*

Audrey Bean, co-présidente.

(Suite à la page précédente)

